

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 décembre 1899, à 1 heure

PAR

Ch. SANQUIRICO

Licencié ès-sciences

Statistique nouvelle et Suites opératoires

DE

L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

POUR CORPS ÉTRANGERS

(Fistules, Rétrécissements cicatriciels)

Président : M. TILLAUX, Professeur.

LETULLE, Agrégé.

Juges : MM.

MAUCLAIRE, Agrégé.

DESGREZ, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 décembre 1899, à 1 heure

PAR

Ch. SANQUIRICO

Licencié ès-sciences

Statistique nouvelle et Suites opératoires

DE

L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

POUR CORPS ÉTRANGERS

(Fistules, Rétrécissements cicatriciels)

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. { LETULLE, Agrégé.
MAUCLAIRE, Agrégé.
DESGREZ, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....	M. BROUARDEL.
Physiologie.....	MM.
Physique médicale.....	FARABEUF.
Chimie organique et chimie minérale.....	CH RICHET
Histoire naturelle médicale.....	GARIEL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	GAUTIER.
Pathologie médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie chirurgicale.....	BOUCHARD.
Anatomie pathologique.....	HUTINEL.
Histologie.....	DEBOVE.
Opérations et appareils.....	LANNELONGUE
Pharmacologie et matière médicale.....	CORNIL.
Thérapeutique.....	MATHIAS DUVAL.
Hygiène.....	TERRIER.
Médecine légale.....	POUCHET.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LANDOUZY.
Pathologie comparée et expérimentale.....	PROUST.
	BROUARDEL.
	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA CHÈRE TANTE

DÉDIÉE A MA MARRAINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de la Charité

Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer nos études médicales, c'est pour nous un devoir et une satisfaction de cœur d'adresser à nos maîtres dans les Hôpitaux un respectueux témoignage de reconnaissance pour les conseils et les savantes leçons qu'ils nous ont prodigué.

Nous tenons particulièrement à exprimer à Monsieur le D^r Mauclaire, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, toute notre reconnaissance pour le sujet de thèse qu'il nous a indiqué et pour les conseils qu'il n'a cessé de nous donner pendant que nous étudions ce modeste travail.

Que Monsieur le professeur Tillaux pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse veuille bien recevoir toute l'expression de notre gratitude.

Nous adressons également tous nos remerciements :

A MM. les docteurs Gilbert et Merklen qui nous

ont inculqué de solides notions cliniques sur les maladies des voies respiratoires et sur celles du cœur.

A M. le D^r Kermisson dont nous avons suivi les consultations à l'hôpital des Enfants assistés et, nous osons l'espérer, non sans profit.

Nous remercions également Monsieur le docteur Bonnaire, accoucheur des Hôpitaux, pour ses savantes leçons cliniques.

Les quelques mois que nous avons passé dans son service à Lariboisière, nous a été certainement des plus profitables.

Enfin, qu'il nous soit permis de clore cette liste de maîtres vénérés en nous acquittant d'une grosse dette de reconnaissance envers M. le professeur R. Blanchard, qui nous a prodigué ses conseils au début de nos études médicales.

INTRODUCTION

Les fistules de l'œsophage consécutives aux plaies chirurgicales et en particulier celles qui sont survenues à la suite de l'œsophagotomie externe n'ont jamais été décrites isolément.

Avant d'aborder cette étude, nous sommes forcément amenés à dire quelques mots sur les fistules consécutives aux plaies accidentelles de l'œsophage qui d'ailleurs sont excessivement rares.

On ne trouve guère dans les auteurs que deux observations se rapportant directement à notre sujet, l'un est de Trioen, rapporté dans la thèse d'agrégation d'Horteloup de 1869, il y est dit qu'un soldat reçut un coup de fusil dans le cou, détruisit la trachée et fit à l'œsophage une ouverture que l'on voyait très bien au fond de la blessure.

Ce soldat introduisait dans cette fistule un tuyau pour faire passer les boissons et les aliments nécessaires à sa vie.

Il est encore cité dans la *Gazette des Hôpitaux* de

1848, par un certain Ansiaux, de Liège, une observation de fistule œsophagienne dont on n'a jamais pu dire la cause. Une aiguille, dit-on, aurait été avalée et aurait perforé la paroi ; il en aurait résulté une solution de continuité que l'on aurait guérie par des compresses graduées et à l'aide d'injection d'huile de foie de morue.

De temps en temps, il se formait une ampoule que le malade ouvrait lui-même avec une épingle : il en sortait un peu de sérosité puis elle se refermait.

On trouve des faits semblables de blessures rapportés dans les recueils d'observation militaire où les plaies de l'œsophage sont le résultat de balles, de coups d'épée, de coups de fleuret, ayant traversé la trachée artère, le larynx et puis l'œsophage.

Mais les auteurs se sont fort peu étendus sur les suites opératoires de ces plaies accidentelles et le peu de travaux qu'ils ont produit ne nous servira guère dans l'étude des fistules post-opératoires.

Nous les laisserons donc de côté, ne nous occupant exclusivement que de ces dernières. Elles ne manquent pas d'ailleurs, car le nombre de œsophagotomies publiées jusqu'à ce jour a notablement dépassé la centaine et l'on cite celles dont les plaies soit extérieures soit internes se sont fermées immédiatement sans laisser la plus petite trace de trajets fistuleux.

Cet état fistuleux a une durée variable, dans quelques cas il a duré cinq à six jours, dans d'autres plu-

sieurs mois, c'est le cas de notre opéré dont la fistule à 6 mois d'existence et persiste toujours, très petite, il est vrai.

Toutes les durées intermédiaires sont également représentées. Nous savons en outre, que l'œsophage est entouré d'organes importants tels que la trachée, les bronches, la plèvre, les poumons, les carotides et leurs hanches, les veines azygos, l'aorte, le péricarde, le cœur, qui l'approchent de plus ou moins près selon la hauteur à laquelle on le considère,

Quelques uns de ces organes, la trachée en particulier, le paquet vasculo-nerveux du cou, le corps thyroïde sont même fort malmenés au cours de l'opération et l'on conçoit aisément que la perforation ou l'inflammation de ces tissus plus ou moins tirillés, provoquées par le contact permanent du pus issu de la fistule, peuvent amener des complications qui aggravent sérieusement le pronostic.

Avant d'aborder l'étude de ces complications, nous entrerons dans notre sujet en traitant l'étiologie de ces fistules, leurs symptômes fonctionnels, leur durée puis nous continuerons par leurs complications et leur traitement.

Enfin nous terminons notre travail par l'étude des cas d'œsophagotomie externe pratiqués de 1895 à 1899 en tenant compte surtout du rôle joué par la radiographie.

ÉTIOLOGIE DES FISTULES CONSÉCUTIVES A L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

Les causes qui concourent à l'établissement d'une fistule à la suite de l'œsophagotomie peuvent être rangés sous deux chefs principaux :

1° Celles qui entravent la cicatrisation de la plaie immédiatement après l'opération.

2° Celles qui provoquent la réouverture de la plaie préalablement cicatrisée.

Cette réouverture de fistule n'a été observée que par un seul chirurgien, Cheever de Boston, en 1868 et depuis personne n'en a rapporté d'autre exemple. Elle peut être provoquée par la déglutition d'un bol alimentaire trop volumineux qui, distendant le calibre de l'œsophage, fait éclater la cicatrice œsophagienne.

La seconde observation du chirurgien américain que le professeur Terrier rapporte dans sa thèse de 1870 nous en fournit un exemple.

Il s'agit d'un malade opéré le 16 novembre 1866, la plaie tarde à se cicatriser et ce n'est que quatre semaines après l'opération qu'elle finit par se fermer com-

plètement. Elle reste ainsi close pendant trois semaines puis à la suite de la déglutition d'un gros morceau de bœuf, la fistule se rouvre à nouveau en donnant issue aux liquides qu'absorbe le malade.

Cet état de chose persiste une quinzaine de jours, puis la plaie s'est cicatrisée à nouveau pour le seconde fois. Le malade est revu bien portant le huitième mois après l'opération.

D'autres fois, sous l'impulsion d'efforts musculaires violents et répétés où les muscles de la région cervicale entrent en jeu, la fistule se rouvre à niveau pour peu qu'il existe encore des adhérences entre la plaie externe et les lèvres de l'incision œsophagienne.

Dans la troisième observation du même auteur américain, nous lisons qu'une dame, le 2 mars, a subi l'opération d'œsophagotomie externe pour une demi-douzaine d'épingles qu'elle avait avalée et qui s'était arrêtée dans l'œsophage. Le 28 mars, la plaie est cicatrisée.

« Suites : après être restée fermée pendant six
« semaines, la plaie de l'œsophage se rouvrit après
« un travail très dur de blanchissage, la malade
« revient à l'hôpital et la fistule se ferme en quelques
« semaines. Maintenant, quatre mois après l'opéra-
« tion, elle est très bien portante. Septembre : six
« mois après l'opération, la fistule s'est réouverte. »

L'auteur se tait sur la cause de cette seconde fistule qui nous laisse très perplexe.

L'individu n'était-il pas tuberculeux et la dyscrasie spécifique n'aurait-elle pas pu s'emparer de la muqueuse et entraver la cicatrisation ?

C'est ainsi que dans l'exemple Ansiaux cité plus haut, la fistule était peut-être due à la présence d'un noyau tuberculeux qui se serait ouvert à la fois dans l'œsophage et aurait perforé les tissus extérieurs.

M. Tuffier en 1895, rapporte l'observation d'un individu mort de pneumonie caséuse.

A l'autopsie, quelle fut son étonnement de constater que la plèvre était inondée d'aliments et de boissons vineuses; une perforation de l'œsophage s'était produite entraînant la mort subite du malade.

Dans une autre observation de Cheever, il est question d'un morceau d'os qui sortit par la plaie œsophagienne qui s'était réouverte.

« Un morceau d'os carie (venant probablement du
« corps d'une vertèbre cervicale fut éliminée par cette
« plaie. Il existait en outre une légère courbure vers
« la septième vertèbre cervicale. Enfin la fistule s'est
« fermée et M. L... est aujourd'hui très bien por-
« tant. »

Le processus tuberculeux n'est-il pas la cause réelle de l'élimination de ce séquestre ?

Nous allons maintenant passer en revue les causes qui influent sur le retard de la cicatrisation de la plaie, point de départ de la fistule.

Elles sont nombreuses, mais elles dépendent sur-

tout de la manière dont la suture a été pratiquée et la manière de nourrir le malade après l'opération avec la sonde œsophagienne.

La suture de la plaie œsophagienne est en effet indiquée dans la majorité des cas et c'est à elle que le plus grand nombre de chirurgiens ont recours. Mais ils sont loin de s'entendre sur la manière de la pratiquer.

On préconisait autrefois, la suture en masse des tuniques musculouse, sous-muqueuse et muqueuse, mais il arrivait que la muqueuse s'interposait entre les lèvres de la suture et amenait la production d'une ou plusieurs fistules.

Duffan dans sa communication du cas du Dr Gervais, rappelle les expériences de Collin d'Alfort et dit que « la suture appliquée aux tuniques muqueuse et musculaire ne remplit pas le but qu'on se propose, attendu que les contractions de la musculaire, ne tardent pas à amener la section des parties comprises entre les fils. »

La suture en masse ne se pratique plus, elle n'est d'ailleurs pas mentionnée dans les observations récentes que nous publions à la fin de notre travail.

Un seul auteur, Lemaistre, chez un enfant de 6 mois, à qui il avait pratiqué l'œsophagotomie pour une broche de plomb resté dans la gorge, sutura la plaie avec deux points de catgut comprenant toute l'épais-

seur de la paroi, la réunion par première intention échoua et on constata le passage des aliments par la plaie pendant l'espace de quinze jours. A la fin de la deuxième semaine la guérison s'effectua rapidement il est vrai, par bourgeonnement.

Il est intéressant de rapprocher ce cas de celui de Lehramm qui dans un cas semblable chez un enfant de onze mois, ne sutura pas la muqueuse et se contenta de tamponner la plaie avec de la gaze, il n'y eut aucune issue d'aliments et la plaie œsophagienne se réunit directement.

Cette réunion par première intention de l'œsophage et des tissus voisins sans persistance de fistule est digne de remarque.

La suture partielle des tuniques de l'œsophage au contraire a été pratiquée maintes et maintes fois : et avec des résultats divers. Mais cette suture n'a pas toujours été pratiquée de la même manière. M. Gervais ne suture que la muqueuse.

Abbé suture la sous-muqueuse et la musculuse et laisse la muqueuse non réunie.

Dans la majorité des cas, la réunion immédiate de la plaie n'est pas obtenue, il s'ensuit toujours un écoulement de mucosité, de salives et de pus les jours qui suivent l'opération.

Ces fistules s'obturent néanmoins rapidement sans accident sérieux, mais elles montrent pas moins la difficulté de la réunion par première intention.

Parfois même, les accidents consécutifs à la suture œsophagienne ont été mortels.

Dans une de ses observations, Gay fut obligé de rouvrir la plaie au troisième jour, il trouva tous les tissus infiltrés et la suppuration imminente, la plaie externe il est vrai, était complètement fermée. Le malade succombait néanmoins cinq jours après l'opération de septicémie et d'épuisement.

Pour suturer la plaie œsophagienne il est une condition essentielle c'est que les tuniques de l'œsophage soient en bon état.

Et dans bon nombre d'observations, il n'en est pas ainsi, cela tient à l'irritation, et à l'érosion de la muqueuse œsophagienne due au passage du corps étranger lui-même tels que les rateliers munis de leurs crochets ou à l'introduction d'explorateurs divers avant l'opération tels que le panier de Graëf.

En outre, nous voyons que le plus souvent les corps étrangers selon la profondeur où ils siègent, selon leur volume, leur irrégularité, ont nécessité des manœuvres énergiques comme dans le cas de M. Mauclaire.

Ces manipulations s'accomplissent nécessairement en irritant fortement l'œsophage et en dilacérant plus ou moins les bords de la plaie.

La suture de l'œsophage a été tenté un certain nombre de fois, Richet est le seul qui ait employé les serres fines, aujourd'hui on emploie couramment le surjet au catgut.

Les cas de réunion immédiate sont infiniment rares, dans les observations que nous publions à la fin de cette thèse, nous voyons que le seul opéré qui n'ait pas eu de fistules est celui du Docteur Monnier, les auteurs étrangers et français, Thomas, Makins, Poivers, Hermann, Lemaistre, Legond, Mauclair en ont toujours constatées, leur durée variant entre trois semaines et plusieurs mois.

Avant eux, d'autres auteurs, Bibroth, d'Alsberg, Cheever qui avaient également eu recours à la suture constatèrent que la plaie se désunissait le premier jour pour laisser passer les produits de la sécrétion œsophagienne ou les aliments. Leisnik, Sonnesburg, Koenig, renoncèrent même à faire toute tentative de suture à cause des difficultés insurmontables que présente la plaie qui ne peut jamais être fermée hermétiquement et qui laisse sourdre les liquides ingurgités par le malade.

Il est en effet, infiniment rare qu'on ait affaire à une plaie nette et simple portant sur une paroi œsophagienne normale. Non-seulement les lèvres de l'incision sont enflammées, ulcérées, sphacélées par le contact des corps étrangers, mais elles sont encore contusionnées et déchirées par les manœuvres d'extraction.

Ceci est applicable à toutes les tuniques de la paroi œsophagienne en général, elle s'applique également à la suture de la muqueuse seule, préconisée par Duplay.

Voilà pourquoi la suture sera le plus souvent contre-indiquée.

Les auteurs préféreront ne pas suturer les lèvres de l'incision œsophagienne au risque d'établir une fistule qui durera un temps plus ou moins long.

Il faut également laisser la plaie externe ouverte qui permettra au pus de s'écouler librement. Keen, John Roe, Jabmlay, ont suivi cette pratique chez le adultes, Schramm, Lôge et Mantenffel, Reboul, Gorski chez les enfants et s'en sont fort bien trouvés.

Chez l'enfant en bas âge, ces derniers auteurs se contentent de tamponner la plaie œsophagienne très fortement, ils prétendent que le pansement bien compressif et renouvelé très souvent empêchera les infiltrations de liquides dans les parois de la plaie ce qui est une garantie pour la fermeture des fentes.

Wahl propose de n'enlever le tampon qu'après quarante-huit heures, et que le malade ne doit prendre aucune nourriture pendant les premiers vingt-quatre heures.

Logé se prononce contre l'emploi de la suture il dit :

1° Qu'on ne saurait éviter l'infection de la plaie qui est produite par les crachats et les mucosités de l'œsophage.

2° Que l'œsophage est par trop enfoncé et que la suture est nécessairement mal faite.

3° Que la suture est risquée parce que la muqueuse est boursouflée et congestionnée.

En outre : il nourrit son petit malade par la bouche dès les premiers jours.

L'enfant de Schramm traité par cette méthode, fut guéri au bout de huit jours.

L'enfant de Lemaistre au contraire, dont l'œsophage avait été suturé garde une fistulette plus de huit jours, et Broca n'hésite pas dans sa communication à l'académie de Médecine à attribuer à cette pratique l'échec de la réunion immédiate.

Les suites de l'opération sont aussi plus longues : la plaie se réunit, mais la guérison définitive n'est guère retardée et il vaut mieux en facilitant le libre écoulement du pus, éviter les complications ; d'autant plus que la plaie peut être facilement surveillée et drainée, aussi ne saurait-elle s'infecter. Si la suppuration néanmoins survenait, elle se produirait à champ découvert sans risquer d'envahir le médiastin ni la partie latérale du cou.

La fistule laisse au cou et dans une région ordinairement nue une cicatrice très visible : mais cette coïncidence est d'un ordre tout à fait secondaire et d'autre part cette cicatrice d'abord adhérente aux tissus sus-jacents va sans cesse se mobilisant et les tissus superficiels se libéreront petit à petit des tissus profonds contribuant ainsi à diminuer la difformité.

En résumé, nous disons que la formation de la fistule peut être évitée par la suture œsophagienne qui a des avantages incontestables quand elle est appli-

cable c'est-à-dire lorsque les tissus ne sont pas trop déchiquetés ; elle amène une cicatrisation plus rapide surtout lorsqu'on suture aussi la plaie externe tout au moins à sa partie supérieure, tandis qu'à sa partie inférieure, on laisse un petit passage pour l'introduction d'un drain ou d'une mèche de gaze. Ce drainage permettra aux liquides qui s'échappent de l'œsophage par une suture imparfaite de s'écouler au dehors.

Le tamponnement iodoformé doit être préféré au drainage parce qu'il active le bourgeonnement des lèvres et parceque tout en permettant l'écoulement des liquides ; il permet de coapter les lèvres de l'incision œsophagienne et empêche jusqu'à un certain point la formation d'une fistule.

ROLE DE LA SONDE ŒSOPHAGIENNE

Une autre cause qui influe considérablement sur l'établissement et la durée de la fistule c'est l'introduction d'une sonde œsophagienne à laquelle on a presque toujours recours pour nourrir le malade anémié et épuisé par les longs jours de souffrance et de jeûne qui ont précédé l'opération.

Plusieurs chirurgiens la passent par la bouche et la laissent à demeure, mais cette pratique très employée autrefois est aujourd'hui abandonnée car

elle gênait le malade dans sa respiration. On l'introduit maintenant par voie nasale, néanmoins ce cathétérisme est souvent rendu difficile par la rétraction de l'œsophage et peut si on prolonge les tentatives occasionner des décollements sérieux.

Si l'opéré est un enfant, comme c'est le cas pour le petit malade du D^r Monnier, il peut se débattre et arracher la sonde, il faut alors employer la violence pour la lui remettre ce qui peut compromettre le succès opératoire. D'autrefois, on ne laisse pas la sonde à demeure mais on l'introduit deux ou trois fois par jour au moment des repas. L'opéré du D^r Mauclair fut nourri de cette façon. Il n'en est pas moins vrai que ces passages répétés de la sonde amènent une distension considérable du calibre de l'œsophage, font céder les sutures aussi solides qu'elles soient et sont la cause de fistules qui durent plus ou moins longtemps.

Quelques chirurgiens entre autres le professeur Segond, Jaboulay (de Lyon), Thomas (de Londres) permettent aux opérés de prendre dès les premiers jours du bouillon ou du lait et n'autorisent que les aliments solides une dizaine de jours après lorsque la fistule ne rend plus.

Cette méthode est des plus recommandables car elle permet de ne pas entraver la cicatrisation mais encore faut-il pour l'appliquer que la plaie œsophagienne soit suturée.

Une autre méthode qui vise au même but est de recourir aux lavements alimentaires.

Elle a, en effet, le grand avantage de laisser l'œsophage au repos, mais elle est loin d'être suffisante car ces lavements s'assimilent d'abord très difficilement et ne peuvent être administrés qu'à plusieurs heures de distance. Keen a nourri exclusivement pendant trois jours, son petit malade de 13 mois, au moyen de ces lavements alimentaires. L'enfant mourait d'épuisement le 4^e jour.

Une autre méthode qui permet d'alimenter abondamment le malade, mais qui contribue à retarder la fermeture de la plaie, c'est l'introduction d'une sonde par la plaie laissée ouverte. Il est vrai qu'il est bien préférable de voir l'état général s'incliner et si la plaie se ferme moins vite on a au moins la certitude à peu près complète de voir guérir le malade.

« D'ailleurs, lorsque la sonde est enlevée, le malade peut se munir aisément ainsi que le montre l'observation de M. Gangolphe ; et si quelques mucosités ou liquidess'échappaient par la plaie laissée ouverte après la suppression de la sonde, ils s'écouleraient sur une surface bourgeonnante, ne permettant pas d'infiltration ni de suppuration sérieuse. » (1).

Voici d'abord l'observation inédite qui a été le point de départ de notre travail.

(1) GAILLARD. De l'intervention sanglante pour les corps étrangers de l'œsophage. Thèse de Lyon, 1894.

Observation inédite d'œsophagotomie externe recueillie à la Charité, dans le service du docteur Campenon, remplacé par le docteur Mauclaire, professeur agrégé.

« Au n° 18 de la salle Boyer, à l'hôpital de la Charité se trouvait, en juillet dernier, un homme de 35 ans, C. . Henri, ébéniste de son état. Cet homme portait depuis dix ans un ratelier à la mâchoire supérieure, ce ratelier était constitué par une plaque de vulcanite munie de « deux crochets. »

Dans la nuit du 22 mai, ce malade est pris d'une violente quinte de toux pendant laquelle il avale son ratelier. Il ressent au même moment une gêne et une douleur très vive au-dessus de la fourchette sternale. Effrayé, il s'habille en hâte, court chez un pharmacien qui lui donne un vomitif, le malade vomit alors du sang noir, mais le ratelier n'est pas expulsé.

C'est alors qu'il se décide à entrer à l'hôpital de la Charité. A la palpation de la région du cou on sent très nettement une saillie anormale, le malade ne peut avaler aucun aliment solide et éprouve les plus grandes difficultés à ingurgiter quelques gouttes de libuide. Il est obligé de se tenir penché en avant pour éviter des accès d'étouffement.

Une pince de Colin introduite dans l'œsophage heurte la plaque dentaire qui ne peut ni être saisie ni même être déplacée.

On fait radiographier le malade, ce qui permet de préciser la situation transversale du dentier.

Les tentatives d'extraction faites par l'interne de garde ayant échoué, la respiration étant de plus en plus saccadée et les plaintes du patient rauques et inarticulées. M. Mauclair conclut à la nécessité d'une intervention immédiate. Il rejette absolument l'emploi du panier de Graëfe qui ne lui avait donné que des ennuis dans un cas semblable.

L'œsophagotomie externe fut donc pratiquée du côté gauche à 10 heures du matin, c'est-à-dire environ 9 heures après l'accident, le 24 mai 1899.

La découverte et l'incision de l'œsophage sont exécutées selon les règles classiques.

L'incision est faite le long du bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien gauche sur une longueur de 6 centimètres la plaie s'arrêtant à deux travers de doigt au dessus de la fourchette sternale.

Après avoir abaissé le sterno-mastoïdien, on récline le paquet vasculo-nerveux en dehors et la trachée en dedans.

L'œsophage n'offre à l'œil aucune saillie, mais le doigt introduit dans la plaie décèle une masse dure qui ne peut être que le ratelier que l'on extrait, après incision de l'œsophage, à l'aide d'une pince à force-presse qui dérape plusieurs fois. Aucune hémorrhagie grave au cours de l'opération.

La plaie est touchée avec la solution phéniquée forte.

On fait deux plans de suture, l'un pour la muqueuse, l'autre pour la musculieuse avec du catgut n° 3, et la peau est suturée dans ses 4/5 supérieurs avec des crins de florence. La plaie externe est bourrée de gaze iodoformée.

Durant toute la journée, le malade est calme et ne vomit pas. On lui fait une injection de sérum dans la journée et un lavement de peptones lui est administré le soir.

Le lendemain, la température monte à 38°5, le pouls est à 110, le malade dit qu'il se sent plus à l'aise, mais sa voix est un peu affaiblie.

Deux jours après l'opération, le 25 mai, la sonde œsophagienne est introduite par la voie nasale, le malade n'en ressent pas une trop grande gêne.

On lui ingurgite dans l'estomac un litre de lait, du bouillon concentré et un œuf, aliments qui sont bien supportés. La température se maintient à 38°5 pendant trois jours.

On continue à lui passer la sonde deux fois par jour.

Le 27 mai, le pansement souillé de sang et de pus est enlevé, et laisse apercevoir la plaie.

M. Mauclaire à la visite du matin, fait boire le malade devant nous et nous constatons que le liquide en petite quantité, toutefois, passe par la plaie.

Une fistule est donc constituée.

Voilà bien six mois qu'elle dure, néanmoins le liquide dégluti a cessé de dégouter de la plaie depuis le jour où le malade est sorti de l'Hôpital c'est-à-dire depuis le 20 septembre.

Nous avons eu l'occasion de revoir le malade tous les quinze jours et de nous rendre compte des progrès de la cicatrisation et de l'obturation progressive de la fistule.

Le bourgeonnement a commencé par les angles supérieur et inférieur de la plaie se dirigeant vers le centre.

A l'heure actuelle, décembre 99, la fistule est cachée par de gros bourgeons charnus qui occupent le milieu de la cicatrice et qui s'apprêtent à le combler entièrement.

Le malade tousse depuis quelques jours, il prétend que sous l'effort de la toux, la fistule laisse encore passer des liquides.

RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS CONSÉCUTIFS A L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

Les rétrécissements cicatriciels consécutifs à l'œsophagotomie externe n'ont jamais été décrits ni même cités par les auteurs.

Le professeur Terrier dans sa remarquable thèse de 1870 n'en parle pas.

On ne s'explique guère au premier abord comment un corps rugueux irrégulier, aux angles tranchants comme un ratelier, par exemple, muni de ses deux crochets très résistants, puisse parcourir de haut en bas le conduit œsophagien en épargnant suffisamment la muqueuse et les tuniques œsophagiennes au point de ne pas amener des déchirures et des érosions dont les rétrécissements sont la conséquence.

D'autre part, la cicatrice longitudinale de l'incision ne suffisait-elle pas pour amener un rétrécissement qui obture plus ou moins l'œsophage.

Et puis en troisième et dernier lieu, nous savons que le séjour prolongé du corps étranger, en contact avec la muqueuse, amènent la formation d'eschares

considérables qui lorsqu'elles tombent, sont le point de départ de tissus cicatriciels qui diminuent d'autant le calibre œsophagien.

Quelle est donc la raison pour laquelle ces causes multiples ne donnent lieu à aucun dégât des parois œsophagiennes, non plus qu'à des rétrécissements cicatriciels considérables ?

Les auteurs en effet qui ont eu la bonne fortune de revoir leurs malades plusieurs années après l'opération n'ont pas observé des symptômes alarmants dans la déglutition de leurs opérés.

C'est Lemaistre de Limoges, qui revoit à l'âge de deux ans et demi son petit malade qu'il avait opéré à l'âge de six mois. Il ne signale aucun fait de ce genre.

« Le 15 août 1896, l'enfant âgé de trois ans et demi est en parfait état, il avale facilement et sa cicatrice n'adhère pas au plan profond ».

C'est Powers qui revoit son petit opéré une année après.

Il ne constate pas davantage de rétrécissements.

Bilroth fait la même observation sur un malade qu'il avait revu quatre ans après.

Néanmoins Kronlein dans une observation que cite Egloff dans sa statistique nous parle d'un certain homme de 42 ans qui a subi l'œsophagotomie pour la deuxième fois.

Il est bien dit que le 24 décembre 1885, cet homme avala un os dans sa soupe et que Fritche de Garus lui fit quatre jours après l'opération. Dans l'intervalle des deux œsophagatomies c'est-à-dire pendant une période de quatre ans, cet homme éprouvait beaucoup de difficulté à déglutir : une fois même on dut employer une sonde pour propulser un trop gros morceau qui était resté dans son œsophage. En 1889, le même fait se produisit, et c'est lui même qui cette fois s'introduisit la sonde pour chasser un volumineux morceau de viande.

C'est six mois après cet incident, qu'on ouvrit à nouveau son œsophage, l'incision œsophagienne est faite au même endroit que la première fois et on ne peut retrouver aucune trace de cette nouvelle intervention.

C'est le seul cas où l'on ait constaté une diminution de la lumière du conduit œsophagien.

Pourquoi n'est-ce pas la règle ordinaire ?

N'en faut-il pas chercher la cause dans l'extrême dilatabilité de l'œsophage qui ont été l'objet de recherches de la part de cliniciens très autorisés.

On sait en effet que Schramm de Lemberg, Lemaistre opérèrent de jeunes enfants qui avaient avalé l'un un bouton, l'autre une broche en plomb, dont le diamètre dépassait du double celui de l'œsophage.

Cette dilabilité chez l'adulte tout en étant moins exagéré n'en est pas moins très grande.

Mais les tissus cicatriciels ne sont pas du tout extensibles et ne permettent pas, lorsqu'ils occupent toute la circonférence du tube œsophagien, le passage du bol alimentaire qui ne peut le franchir pas plus qu'il ne le ferait à travers un anneau métallique de petit diamètre.

Mais ces tissus sclérosés qui prennent la forme d'un cylindre ne se rencontrent guère qu'à la suite de l'absorption de liquides caustiques ou d'eau bouillante qui envahissent uniformément tout l'intérieur du cylindre œsophagien.

Dans le cas qui nous intéresse, ces cicatrices ne sont pas uniformément réparties sur une circonférence, elles sont éparpillées çà et là sur la longueur du tube œsophagien de sorte que si nous faisons des coupes horizontales de l'œsophage à différents hauteurs, nous trouverions sur chaque circonférence des cicatrices dues tantôt à une escharre par séjour prolongé du corps étranger tantôt à une simple éraillure ou bien encore à l'incision de l'opération.

En outre ces cicatrices ne sont pas solidaires les unes des autres et sont séparées par des intervalles de tissu sain qui se laissera très volontiers distendre comme le ferait du caoutchouc, réunissant des plaques de métal, lorsque les aliments déglutis passeront à leur niveau.

Voilà pourquoi, pensons-nous, les rétrécissements cicatriciels tout en existant au point de vue anatomique n'existe pas au point de vue physiologique puisque les fonctions de déglutition ne sont point entravés.

STATISTIQUE
DES CAS D'ŒSOPHAGOTOMIES EXTERNES
POUR CORPS ÉTRANGERS
PRATIQUÉES DE 1895 A 1899

De nos jours, l'œsophagotomie qui est une opération d'origine essentiellement française, et qui était tombée dans le discrédit le plus complet il y a une trentaine d'années a pris un essor remarquable tant en France qu'à l'étranger. Il ne se passe pas une année sans qu'il soit publié une dizaine d'opérations de ce genre alors que de 1860 à 1880, le chiffre en était restreint puisqu'il atteignait à peine 46 d'après la statistique d'Egloff.

Les chirurgiens d'aujourd'hui sont loin d'être aussi timorés que ceux qui à l'instar de Poulet, bannissaient l'intervention chirurgicale pour les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et n'avaient recours qu'à la propulsion ou à l'expectation.

Aujourd'hui on incise franchement et suivant

en cela le conseil de Fisher qui donne comme règle absolu que si le corps étranger n'a pu être extrait dans les vingt-quatre heures par les moyens les plus anodins incapables de léser la muqueuse œsophagienne, c'est à l'intervention sanglante que l'on doit avoir recours.

On sait en effet, que les désordres les plus graves sont la conséquence de la présence prolongée d'un ratelier ou d'un os, ce sont des hémorrhagies mortelles dues à la perforation des vaisseaux qui sont à proximité, ce sont des infiltrations dans le médiastin.

Nous ne parlerons pas du manuel opératoire qui a été étudié fort minutieusement dans la célèbre thèse du professeur Terrer et dans les quelques thèses parues depuis sur ce sujet : Santieux (Paris 1895), Gaillard (Lyon 1894).

Nous nous étendrons davantage sur le nouveau procédé d'extraction préconisé par Pœan, puis sur les œsophagotomies chez les enfants à la mamelle qui ont été l'objet d'étude de professeurs des plus autorisés, nous terminerons sur l'utilité rendue par l'emploi des rayons X et par une statistique des œsophagotomies depuis 1895.

Pœan présenta en effet à l'Académie de Médecine en 1896, une fillette qui avait avalé une pièce de monnaie.

Il lui avait fait l'œsophagotomie mais s'était bien

gardé d'inciser l'œsophage qu'il mit néanmoins à découvert et comme l'organe ne présentait pas trace de perforations ni de lésions graves il se contenta d'exercer à travers les tuniques une propulsion de bas en haut de façon à refouler autant que possible le sou assez pour le sentir par la cavité buccale. Grâce à cette manœuvre, en introduisant l'index par la bouche, il lui fut possible de sentir la pièce de monnaie assez nettement et de la faire glisser sur son doigt jusqu'à la sortie, il la saisit alors l'attira au dehors à l'aide d'une pince.

Le succès fut complet, l'enfant guérit en six jours.

Ce procédé qui assurément est infiniment préférable à l'incision du conduit puisqu'il évite les fistules, échouera entre les mains du D^r Reboul (de Nîmes), qui dans un cas semblable l'année dernière c'est-à-dire en mai 1898, essaya de refouler la pièce vers le pharynx, mais ses doigts profondément conduits le long de l'œsophage jusque dans le thorax ne purent percevoir la pièce de monnaie.

Ce procédé ne pourra donc être mis en pratique que dans certains cas particuliers, lorsqu'il s'agira de corps lisses et lorsque ceux-ci se trouveront à une petite distance du pharynx.

Péan insiste aussi sur la facilité avec laquelle les corps étrangers de 15 millimètres peuvent être avalés par les enfants, sur leur arrêt habituel au niveau de la portion la plus rétrécie de l'œsophage qui est plus

étroite dans les premières années de la vie chez les adultes.

Lemaistre (*Journal de Thérapeutique infantile*) (1898) a repris cette question à propos d'un œsophagotomie d'un enfant de six mois à la mamelle.

« La tolérance de l'œsophage, chez les enfants en bas âge est en effet considérable », il cite comme exemple son opéré dont nous citons à la fin de cet article l'observation lue par M. Broca à l'Académie de Médecine.

Il est en effet curieux de constater que ce jeune enfant ait pu avalé une broche de 3 centimètres de long sur 1 cent. 1/2 de large et encore plus extraordinaire qu'il soit resté douze jours dans des circonstances telles que l'on croyait qu'il n'y avait aucun corps étranger dans l'œsophage.

Schramm (de Lemberg) avait aussi remarqué cette tolérance excessive chez un enfant d'un an de l'œsophage duquel il retirait un bouton de porcelaine de 2 centimètres de diamètre et de 1/2 cent. d'épaisseur. Ces dimensions étaient encore supérieures à celles de la broche de l'opéré du chirurgien de Limoges.

Cette distension considérable de l'œsophage ne se rencontre que chez les vivants. Pour s'en rendre compte Monsieur Lemaistre a prié Schramm de lui communiquer ce fameux bouton et a fait des expériences très instructives sur le cadavre. Il n'a pu

le faire passer dans toute la hauteur du conduit sans déchirer toutes les tuniques.

A propos de l'œsophagotomie chez ces enfants en bas âge dont parlait Schramm dans un de ces articles où il était question de douze petits opérés depuis l'âge d'un an jusqu'à onze.

Lemaistre prétend que l'œsophage d'un enfant de 11 ans qui mange de tout ne doit pas être comparé à celui d'un petit enfant de 12 à 18 mois qui n'est nourri qu'avec des aliments liquides.

Il en résulte que la technique de l'opération chez les enfants au dessus de 2 ans n'est pas la même que pour un enfant de 1 à 2 ans et par conséquent pour son opéré de quelques mois.

Il répète l'œsophagotomie sur des cadavres d'enfant de 5 à 7 mois et donne le manuel opératoire suivant :

« L'incision doit être faite à un centimètre environ de la ligne médiane, à gauche ; soit verticale, « soit légèrement oblique en bas et en dedans, suivant le bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien ; elle doit être longue commencer au-dessus du cartilage cricoïde et descendre jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire, car la distance moyenne entre le cartilage cricoïde et cette articulation est seulement de quatre centimètres et demi ; « or, vu la profondeur de l'œsophage, il est préférable d'agrandir l'incision et de l'allonger en haut.

« Le peaucier, que j'avais trouvé très développé

« chez l'enfant opéré, ne m'a jamais présenté la
« même épaisseur dans les autopsies. On arriva alors
« sur les muscles plats de la région sous-hyoïdienne,
« que l'on coupe ou que l'on attire en dedans et sur
« le corps thyroïde, qui souvent est assez volumi-
« neuse. Il faut alors suivre son bord externe, le
« contourner et arriver ainsi sur la trachée, tout
« cela à petites coupes et en faisant grande attention
« de ne pas léser les gros vaisseaux, que l'on attire
« en dehors ainsi que les sterno-mastoïdien, tandis
« qu'on porte le corps thyroïde et le larynx en
« dedans.

« On met alors le cou en rotation à droite et l'œso-
« phage surtout s'il est occupé par un corps étranger
« apparent au fond de la plaie. Il ne faut cependant
« pas compter toujours sur celui-ci pour indiquer le
« but à atteindre, puisque Schramm fut obligé d'avoir
« recours à une sonde introduite par la bouche pour
« indiquer le siège de l'œsophage. On pourra donc
« imiter sa conduite en pareil cas.

« L'œsophage est évidemment difficile à découvrir
« sur le vivant, surtout à cause de sa petitesse et du
« sang qui est au fond de la plaie.

« Dans la réalité, l'opération est aisée parce qu'on
« sent en général le corps étranger avec le doigt
« introduit dans la plaie et qu'on se guide sur lui
« pour trouver l'œsophage.

« Il importe surtout d'agir avec une grande pru-

« dence pour éviter les vaisseaux, surtout la veine
« jugulaire qu'on ne sent pas avec le doigt.

« Je me suis servi du thermo-cautère pendant la
« première partie de l'opération, parce que l'enfant
« que j'ai opéré était dans un état de misère physio-
« logique considérable, il portait le corps étranger
« depuis quatorze jours, il avait eu faim, avait souffert et ne pouvait pas perdre de sang sous peine de
« succomber... »

M. Lemaistre ne s'est servi des ciseaux et du bistouri que pour ouvrir l'œsophage.

En outre, il a suturé séparément muqueuse et tuniques à cause de la petitesse de l'œsophage. Il fit en cela tout autrement que Schramm qui ne comprit pas dans la suture la muqueuse œsophagienne, et qui obtint quand même une réunion immédiate.

Broca dans une communication à l'Académie attribuera le succès de la réunion par première intention à ce mode de suture, il insiste en outre sur la difficulté de faire le diagnostic des corps étrangers de l'œsophage.

Rôle des Rayons X. — Mais nous sommes en 1896, et depuis, la superbe découverte du professeur de Wurtzbourg est venu jeter un jour tout nouveau sur la manière de déceler les corps étrangers œsophagiens.

Le chirurgien désormais n'aura plus qu'à se fier aux Rayons de Rontgen pour se renseigner sur la pré-

sence ou l'absence de corps étrangers chez les enfants comme chez les adultes.

La radioscopie supprime désormais tout examen physique aussi minutieux que possible, toute inspection, toute palpation aussi méthodique qu'elle puisse être, le cathétérisme même qui était le seul moyen, ces dernières années, auquel avait recours le clinicien sera laissé de côté. On sait d'ailleurs combien était trompeur ce mode d'investigation, la sonde passait entre le corps et les parois comme dans cette observation communiquée par M. Broca. Une fillette de dix-huit mois avait avalé une clef de commode dont le volume était tellement considérable que l'on se refuse à croire que l'enfant ait pu l'avaler.

Après un accès de suffocation, l'enfant mourait et l'autopsie relevait la présence de la clef au niveau du circoïde.

Une radiographie faite au moment opportun aurait attiré l'attention du chirurgien et la vie de l'enfant eut été conservée.

Parfois même, les corps se cachent dans des replis de la muqueuse, comme c'est le cas d'une pièce de monnaie qui s'était fixée dans la paroi antérieure de l'œsophage d'un enfant, les aliments et la sonde exploratrice passaient entre la pièce et la paroi postérieure du conduit digestif.

Le docteur Monnier, de Vanves, opéra l'enfant un an après avec un plein succès.

Si le chirurgien n'avait pas eu recours dans la circonstance aux Rayons de Rontgen, l'enfant eut été voué à une mort certaine comme cette fillette dont parle Ch. Monod qui, vingt et un mois auparavant avait avalé la partie métallique convexe d'un bouton de 15 millimètres de diamètre. Pendant trois jours elle ne prit aucune nourriture, quand elle buvait, il y avait une régurgitation immédiate par la contraction sous-jacente de l'œsophage. L'autopsie décela une perforation de l'œsophage de 2 centimètres sur 1 centimètre carré et demi.

Le cas du docteur Ch. Monod peut se rapprocher de celui de Broca cité plus haut car ils montrent bien les progrès réalisés par la radiographie, si Rontgen avait fait à l'époque sa brillante découverte, ces enfants opérés à temps eussent été sauvés.

La radioscopie est en effet juge en pareil cas : elle révèle le corps étranger chaque fois que ses propriétés lui permettent de se relever par une ombre.

Avec les rayons X, les cas à symptômes frustes seront dépistés avec certitude et nous savons que ces cas n'étaient pas jadis les moins graves. Le cathétérisme avait-il échoué, ce qui malheureusement était encore assez fréquent, le médecin restait dans une expectation et une sécurité trompeuses jusqu'au jour où une hémorrhagie foudroyante venait révéler l'erreur du diagnostic.

On connaît d'ailleurs les résultats de l'abstention

en pareil cas si le corps étranger est dur, rugueux, irrégulier, des escharres ne tardent pas à se produire, il perfore les tuniques œsophagiennes et va léser les organes voisins entre autre le paquet vasculo-nerveux qui se trouve à proximité, ou bien la crosse antérieure si l'objet est situé dans la portion thoracique de l'œsophage.

Et cependant, M. le Dr Monod s'étonne, en 1898, et à juste titre, que l'on utilise pas davantage les rayons de Röntgen pour faire les diagnostics de ce genre. Son cas est le second après celui de Péan, communiqué à l'Académie de médecine.

« En effet, vos bulletins, s'écrie-t-il, à côté d'un volumineux faisceau d'applications des rayons X en différentes parties du corps, n'en contiennent qu'une seule ayant trait aux corps étrangers de l'œsophage, c'est l'observation qui a été communiquée par le Dr Péan, dans sa séance du 8 décembre 1896.

Depuis, les observations de ce genre se sont multipliées. C'est Reboul, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nîmes qui se sert de la lorgnette radioscopique pour diagnostiquer une pièce de monnaie avalée dans la région thoracique.

Second, au mois de juillet dernier, opère une surveillante de la Salpêtrière qui avait avalé son ratelier.

C'est par la radiographie, dit-il, que le diagnostic de présence a été fait. Il a pu ainsi éviter à la patiente

les ennuis des explorations, toujours douloureuses, et qui sont de règle en pareil cas. Il a ensuite de parti pris fait l'opération sans faire la moindre tentative d'extraction par les voies naturelles. C'est la seule conduite à suivre, dit-il, toutes les fois que le corps étranger présente un crochet susceptible de labourer l'œsophage.

Le Dr Mauclore procéda de la même façon en mai dernier, il rejeta complètement l'emploi du panier de Graëfe qui lui avait attiré de sérieux ennuis.

La radiographie, néanmoins, ne révèle pas tous les corps étrangers de l'organisme. Bullet Walcker firent, en 1897, des expériences sur les cadavres. Ils placèrent à l'intérieur de l'un d'eux des épingles de nourrices, des noyaux de pêche et des calculs biliaires. Les épingles seules se dessinèrent sur la radiographie. D'après ces auteurs, il ne faudrait pas exagérer l'importance de cette découverte au point de vue chirurgical.

STATISTIQUE DE 1895 A 1899

Nous avons fait un tableau comprenant 53 cas d'œsophagotomies externes publiées et 2 inédites, celle de M. le Dr Mauclore et l'autre de M. Segond, ce qui fait un total de 55 œsophagotomies.

Les 32 premiers cas sont la traduction intégrale du tableau publié par Bull et Walcker dans le *Méd. Record New-Y.*, 1897.

Les 23 autres cas ont été réunis par nous et mis à la suite des précédents dans un tableau qui n'est que la continuation de Bull et Walcker.

Deux auteurs seulement avant eux avaient fait des statistiques sérieuses.

La première série de statistiques importantes sur ce sujet a été faite par Fisher, en 1889 ; elle se compose de 120 cas.

En 1894, Egloff présente une série de 15 cas, qui fait monter le chiffre des œsophagotomies publiées à 135.

A ces 135 cas viennent s'ajouter les 32 de Walcker et les nôtres au nombre de 23.

Total, 190 œsophagotomies publiées jusqu'en 1899.

Sur les 32 opérations de Walcker, 13 ont été faites en Amérique, 10 en France, 8 en Angleterre et 1 en Allemagne.

La nature des corps étrangers était la suivante :

Sur 17 cas : ratelier : 13 guérisons et 4 morts.

— 6 — pièce de monnaie.

— 3 — un noyau.

— 1 — un os.

— 1 — une noisette.

— 4 — un bouton.

Sur nos 23 opérations, 5 ont été faites en Amérique, 10 en France, 4 en Angleterre, 2 en Russie et 2 en Allemagne.

La plupart des corps étrangers sont des rate-
liers et des pièces de monnaie, puis viennent s'ajouter

les objets les plus bizarres, comme un hameçon, une roue de petit chemin de fer, un jouet de l'enfant, une broche de 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur.

Mortalité.— Egloff calculait une moyenne de 24,4 % sur les 135 cas qui lui furent fournis en 1894.

Dans les 55 cas du tableau publié à la fin de cette thèse et comprenant les opérations de 1895 à 1899, nous avons 9 morts, c'est-à-dire une moyenne de 16,3 %.

Nous pouvons juger par la différence de ces deux pourcentages le service rendu à la chirurgie par la découverte de l'antisepsie et l'emploi des rayons X.

Plus l'opération est faite de bonne heure, meilleures sont les suites opératoires.

Le temps qui s'écoule entre l'accident et l'opération est très important.

D'après Walcker, sur 14 cas l'opération était faite avant le troisième jour : 3 morts. Mortalité, 21,4 %.

Il est très curieux de noter que les opérés qui ont gardé leur corps étranger pendant plusieurs mois ont tous très bien guéri.

Le petit malade du docteur Monnier, qui a gardé sa pièce de monnaie une année entière, l'enfant de Gay, 8 mois, le cas de Chavier 6 semaines, celui de Abbe, 15 mois, celui de Bull, 22 mois et enfin Curtis, 5 semaines.

Le tableau de Walcker nous apprend encore que

la localisation du corps étranger est très importante.

Dans un cas il était logé au dessus du cricoïde.

Dans dix-sept cas (treize guérisons et quatre morts) au niveau du cricoïde et entre le cricoïde et le sommet du sternum :

Sur onze cas dont dix guérisons et un mort, il était derrière ou tout près de la tête du sternum.

Sur un cas, il était à un pouce et demi de l'extrémité cardiaque de l'œsophage.

Dans ce cas, l'œsophagotomie fut faite et comme il était impossible d'extraire le ratelier on fit la gastrotomie.

Dans la littérature chirurgicale, on trouve huit cas dans lesquels le dentier était si près de l'œsophage qu'on a été obligé de faire la gastrotomie.

Traitement de la plaie. — Sur seize cas de Walker, l'œsophage fut suturé au catgut ou à la soie la blessure externe étant partiellement close, et drainée avec de la gaze.

Dans nos vingt-trois cas, quatorze seulement furent suturés.

Le temps moyen de la guérison, de l'œsophage est de sept jours et de la blessure externe vingt jours.

Alimentation. — Sur neuf cas, rien n'est pris par la bouche pendant 48 heures. La nourriture étant donnée par le rectum. Pas de mortalité.

Dans douze cas, ou la nourriture était donnée par la sonde œsophagienne. Trois morts.

En parcourant les cent soixante-sept cas : on trouve que dans trente huit cas la sonde œsophagienne n'était pas employé du moins pas avant quarante-huit heures après l'opération :

La nourriture se fait par le rectum pendant quarante-huit heures. On trouve 0 mort : sauf le cas du petit opéré de Keen qui était pas trop épuisé. L'auteur regrette de ne pas l'avoir nourri à la sonde.

Tableau comprenant 55 cas d'œsophagotomie externe pour corps étrangers de 1890 à 1899.

OPÉRATEURS	ÂGE	SEXE	NATURE du corps étranger	SYMPTOMES	TEMPS écoulé entre l'acci- dent et l'opération	LOCALISATION du corps étranger	SUTURE DE LA PLAIE	RÉSULTAT	SUITES OPÉRATOIRES
1 ^o Mac-Lean Leroy, N. Y. Méd. Rec. 13 sept. 1884	40	M.	ratelier	Douleur avale seule- ment liquides	4 jours.	Derrière le cartilage cri- coïde	Les 2 plaies lais- sées ouvertes et bourrées avec gaze.	G.	Alimentation rectale, 48 heu- res après boit du lait, 3 jours après avale liquide, 6 ^e jour rien ne passe par la plaie, 20 ^e jour guéri.
2 ^o Périer Semaine-méd. 1890	10	F.	bouton de chemise	Douleur avale quel- ques liquides	12 jours.	Derrière le cricoi- de	Œsophage suture au catgut ; peau à la soie, drainée gaze.	G.	Au bout de trois semaines.
3 ^o Mors Brit. Méd. jr. 1891	32	F.	ratelier	Douleur dysphagie	48 heures.	A 7 pouces des gencives	Laissée ouverte, drainée avec 2 tubes enlevés 21 jours après.	G.	Alimentation rectale, aucune nourriture par la bouche pendant 72 heures.
4 ^o Woods Brit. Méd. jr. 1891, n° 917	29	M.	pièce de 620 gr.	Douleur dyspnée	24 heures.	A 9 pouces des gencives	Plaie œsophagi- enne suture plaie externe ouverte.	M.	Mort de septicémie, sonde œsophagienne et alimenta- tion par R.
5 ^o Furner Lancet, 1891 1, 979	44	F.	ratelier à 3 dents	Douleur dysphagie émaciation	5 ans 9 mois	10 pouces 1/2 des gencives	Plaie œsoph. pas suture, plaie externe ouver- te dans gaze, drain.	G.	Nourri par R., 4 onces de thé de bœuf. Rien par la bou- che pendant 48 heures. Au bout de 3 jours la plaie est encore ouverte. 5 ^e jour, son- de œsophagienne. 21 ^e jour, drain et lait. 28 ^e jour, gué- rison.
6 ^o Wight Am. Surg.-ny 1891, 100	25	M.	os	Douleur dysphagie	4 jours.	10 pouces 1/2 des gencives	Plaie laissée ou- verte, drain.	G.	Sonde stomacale. Vomisse- ments, se nourrit fort bien par R. N'emploiera pas la sonde dans un cas sembla- ble.
7 ^o Gay Bost. Méd. jr. 1892	3 et 1/2	F.	pièce de 1 centime	Douleur qui s'accroît progressive- ment	8 mois	2 pouces au- dessous de la poignée du sternum.	Plaie ouverte, drain au bout de 24 heures, lissée 13 j.	G.	Au bout de 25 jours, plaie fermée, 6 heures après opé- rat. avale eau. 21 heures après, lait passe par fistule.

Post. Méd. gr. Surg. jr. 1892	4 dents	Douleur dysphagie	1 pouce de la tête du sternum.	3 jours après escharre.	esophagienne. Alimenta- tion rectale. Délire infiltra- tion.
9° Paul Liverpool Méd. Chir. 1892	ratelier	Douleur crachats san- guinolents dysphagie	48 heures.	G. Césophage sutu- ré catgut, plaie ext. ouv. 12 jours guéris.	Nourri par voie buccale, 48 heures après liquide sort par la plaie en petite quan- tité, 4 jours après ferme- ture. Aucune complication.
10° Alexandroff France méd. et Presse méd. 1892	bouton	Douleur crachats san- guinolents dysphagie	2 jours.	G. Césophage sut. catgut, plaie ext. ouverte, 12 jours après guérison.	Aucune complication.
11° Post. A., Bost. méd. et Surg. jr., 28 déc. 1893	pièce de 25 cent.	Douleur dys- née, avale seulement liquides	5 jours.	G. Suture par 1 ^{re} intention de la plaie crs. et de la plaie ext.	Lait 24 heures après opéra- tion. Rien ne sort de la blessure.
12° Mac-Léan Leroy, N. Y. Méd. Rec. 13 sept. 1884	penny	Douleur dysphagie vomissen.	7 jours.	G. Aucune suture dans, à la gaze	Guérison rapide et complète.
13° Terrillon Rev. de Chir. 1893	pièce de 5 francs	Douleur dysphagie vomissen.	3 jours.	G. Aucune suture	Nourriture par le R. pendant 3 jours, lait par la bouche, 11 ^e jour, guéri.
14° Segond Rev. de Chir. 1893	ratelier	Douleur dysphagie	3 jours.	G. Suture catgut. Plaie externe panseée gaze.	Sonde œsophagienne.
15° Galguier	morceau de plomb	Douleur dysphagie	6 jours.	G. Suture catgut	Lait par la bouche. Tout va bien jusqu'au 3 ^e jour, épo- que à laquelle le lait sort par la plaie.
16° Wallace Lancet. 24 24 mars	ratelier avec 5 dents	Douleur dyspnée, dys- phagie, n'a- vale que les liquides	12 jours.	G. Suture catgut drainé avec gaze. Plaie ext. ouverte, eslo- mac suturé avec surjet. Plaie ext. de la gastrotomie fermée.	Estomac guéri en 8 jours. (Césophage guéri en 28 jours. Rien par la voie buccale, au bout de 44 heures, 2 on- ces d'eau d'orge. Rien ne sort par la plaie, nourri per os toutes les 4 heures pendant 4 jours, liquide sort par fistule, sonde crs., alimentation par R.

OPÉRATEURS	AGE	SEXE	NATURE du corps étranger	SYMPTOMES	TEMPS ÉCOULÉ entre l'acci- dent et l'opération	LOCALISATION du corps étranger	SUTURE DE LA PLAIE	RÉSULTAT	SUITES OPÉRATOIRES
17 ^e Wilson Liverpool méd. chir. jr. 1894 480	65	M.				Derrière la memb. cri- co-thyroid.	Aucune suture.	M.	Sond œsophagienne toutes les 6 heures.
18 ^e Bickersteth	50	M.	ratelier		3 jours.		Aucune suture.	G.	Vomissements. Pas de suites opératoires.
19 ^e Frœlich Arch. provinc. de chir. 1894 698	10	M.	noyau de pêche	Douleur dysphagie dyspnée, sa- livaire abondante	30 heures.	18 cent. des gencives	Plaie œs. et plaie ext. ouverte. Pansem. gaze.	G.	1 ^{er} jour, lait par la sonde. 2 ^e jour, toutes les 8 heures nourriture par la sonde. 3 ^e jour, sonde par v. nasale, vomissements, 14 ^e jours, pl. œsoph. guéri, 21 ^e jour, fistule fermée.
20 ^e Cahier Arch. méd. et de pharm. mil. 1894	27	M.	ratelier	Dysphagie crachats san- guinolents	48 heures.	20 cent. des gencives	Œs. non suturé.	M.	Alimentation. rectale, sonde œsophagienne, 72 heures après mort. Paroi de l'œs. perforée, abcès médiast. œdème de la glotte.
21 ^e Schmiegelow Rev. de laryn- gologie 1894	38	M.	ratelier	Dysphagie crachats san- guinolents douleur	4 mois.	région cricoidienne	Suture de la mu- queuse seule.	G.	Sonde œsophagienne pen- dant 8 jours et laissé à de- meure pendant 2 semaines, guérison en 4 semaines.
22 ^e Hamilton Méd. News 1894	24	M.	noix	Douleur dyspnée dysphagie	16 heures.	A 7 pouces 1/2 des gencives	Œs. sut. catgut, drainage, gaze peau, sut. soie.	G.	3 ^e jour, on panse la plaie, un peu de suintement et de suppuration, sonde œsoph. par le nez pendant 3 se- maine. 4 ^e semaine guéri.
23 ^e Deaver Gr. News En- glish. méd. Month 1895 490		F.	ratelier	Douleur dyspnée dysphagie	7 heures.			M.	
24 ^e Chavrier Arch. provinc. de chir. 1895.	22	M.	ratelier	Douleur dysphagie émaciation	6 sem.	Poignée du sternum	Œs. sut. catgut. Pansem. gaze.	G.	1 ^{er} jour, alim. par R. 2 ^e jour sonde œs. 8 ^e jour, œs. gué- ri, aucun suintement. 28 ^e jour, guérison. Prends ali- ments de

1893 I, 319	26° Gangolphe Lyon. méd. 1893	47	M.	pierre	qui ne laisse passer au- cune sonde	2 jours.	A 21 pouces des gencives	Aucune suture.	G.	de la muqueuse avec un fin catgut. Plaque ext. tampon- née gaze.	3 ^e jour, pansement renou- velé, introduct. d'un drain. 10 ^e jour pl. œsoph. guérie, aucun suintement. 11 ^e jour, aliments solides. 13 ^e jour, plaie externe fermée. 2 ^e mois, œsoph. revenu à son état primitif laisse passer aisément une sonde.
27° Fergusson Am. jr. of Surg. et Gyn. 1896	36	M.	ratelier à 3 dents	Épuisement	12 jours.	Derrière le cricoïde	Œs. suturé soir. Plaie externe en partie fer- mée.	G.	Les 5 premiers jours, alim. par R. exclusivement. 7 ^e jour, liquides avalés sui- vent par la plaie. 21 ^e jour, fistule fermée.		
28° Maylard Glasgow méd. jr. 1896, 216	3	M.	1 sou	Dysphagie	2 jours.	Derrière la tête du stern.	Œs. et peau su- turés, drain.	G.	Guérison facile, alimentation par R.		
29° Schramm Cent. für. chir. 1896. 211	1	M.	1 bouton		2 jours.	Derrière la tête du stern.	Œs. et peau su- turés, drain.	G.	Prend le sein le même jour.		
30° Curtis R.-F. Walker	35	M.	ratelier		5 sem.	Derrière le cricoïde	Œs. suturé à la soie. Plaie ex- terne pansée à la gaze.	G.	Avale des aliments au bout de 24 heures. Guéri en 4 semaines.		
31° Curtis R.-F. Walker	4	M.	bouton avec aiguille		3 sem.	Entre le cri- coïde et le sternum	Œs. sut. soie, bless. externe pansée à la gaze.	G.	Mange on bout de 24 heures, œsoph. guéri en 7 jours, su- turé par 1 ^{re} intention à peu près complète.		
32° Bull Méd. Record 51 1897 pages 330-334	40	F.	ratelier		22 mois.	Derrière la tête du stern.	Les 2 plaies œs. et ext. laissées ouvertes, gaze iodof. drain.	G.	Aliment. rectale pendant 24 heures, 4 jours suivants nourri à la sonde, œsoph. fermé en 15 jours.		

OPÉRATEURS	ÂGE	SEXE	NATURE du corps étranger	SYMPTOMES	TEMPS écoulé entre l'acci- dent et l'opération	LOCALISATION du corps étranger	SUTURE DE LA PLAIE	RÉSULTAT	SUITES OPÉRATOIRES
33° Gervais publié par M. Duffau, Journal de méd. de Bordeaux 20 novemb. 1892	21	M.	caillon	Déglutition difficile	5 jours.	A 21 cent. des gencives	Muqueuse oeso- phag. suturée seulement.	G.	Malade alimenté à l'aide d'une sonde. 9 jours après aucun liquide ne passe par la plaie. Pas d'alimentation par le rectum.
34° Chaput Thèse de Paris. Sanlieux 1895-96	6	F.	pièce d'un sou	Etouffement maigreux dysphagie	5 jours.	A 17 cent. des gencives	Plaie oesophag. laissée béante.	G.	Quelques heures après l'opé- ration, lait par la bouche. Pas de sonde oesophag. Fistule refermée au bout de 3 semaines.
35° Keen Prof. à Phila- delphie. Ther. gaz, detr. 1898	13 mois	F.	tétine	Douleur	5 jours.	Au niveau de la 4 ^e et 5 ^e vertèbre cervicale	Aucune suture, tampon. gaze iodolormé.	M.	Nourri par le R. L'auteur regrette de ne pas avoir alimenté le petit malade par la sonde oesophagienne. Mort d'épuisement.
33, xiv, 233 36° Vladislav Gazeta Dotkina St-Petersbourg 1897	36	M.	os de mouton	Déglutition douloureuse		23 cent. des gencives	Suture de l'os. par la méthode de Lembert.	G.	
37° Monnier Acad. de méd. Paris, 1898	5	M.	pièce de monnaie	Dyspnée nausée dysphagie accès de suf- focation.	1 an.	Entre la 2 ^e et 3 ^e dorsale	Suture en surjet au catgut, la muqueuse d'abord puis les autres tuniques sépa- rément.	G.	Sonde à demeure. Injection toutes les 2 heures de lait stérilisé. Réunion par 1 ^{re} intention.
38° Thomas Brit. méd. jr. London, 1898	21	M.	ratelier	Dyspnée	2 jours.	9 pouces 1/2 des gencives	Muqueuse sut. par surj. mus- culuse réunie par un surjet en soie, méth. de Lembert.	M.	
39° Thomas Brit. méd. jr.	28	M.	ratelier	Dyspnée	19 mois.	8 pouces 1/2 des gencives	Suturé.	G.	Prend des liquides le 1 ^{er} jour

48	M.	41° Makins Tr. clin. Society London, 1897-98 Ch. 26-27	ratelier	Déglutition difficile	Niveau du cricotide	Sut. de la plaie œsoph. catgut drain.	G.	Nourri par le R. Le 3 ^e jour, on lui donne soupe et lait. 9 ^e , on enlève le drain.	Gueri le 37 ^e .
	F.	42° Jaboulay Lyon méd. 1898 p. 167	ratelier		A 10 cent. de l'orifice sup. de l'œs.	Plaie laissée ou- verte et fixée à la peau par 2 points de su- ture.	G.	8 jours après la fistule est fermée. Le lendemain de l'opération la malade dé- glutissait des liquides.	
	M.	43° Rollet Lyon médical 1898		Douleur	A 26 cent. de l'arcade dentaire	3 points de su- ture sur l'œs.	G.	Sonde à demeure enlevée au bout de 3 jours.	
68	M.	44° John Roe (Gr. Am. m. an. Chicago 1898, 715 45° Powers Boston médical 1897, 139	ratelier	Douleur	Dernière le cricotide	Plaie non sutu- rée.	M.	Mort de congestion pulmo- naire, eschare de la peau mais pas de perforation.	
55		os de bœuf			9 pouces 1/2 de l'arcade dentaire	Sut. de la plaie au catgut.	G	C'est le 4 ^e jour qu'on le nour- rit à la sonde œsophagienne. Gueri le 20 ^e jour.	
2		roue de petit chemin de fer d'enfant		Dysphagie	Dernière la tête du stern.	Suture œsophag.	G.	Enfant vu un an après l'opé- ration, se porte bien et n'a pas de rétrécissement.	
6	F.	47° Guski Deutsch. méd. Woch. Leipzig in Berlin 1897-98	hameçon	Douleur dysphagie	Au-dessus du cartilage thyroïde	Œs. sut., plaie tamponnée à la gaze.	G.	Introduction d'une sonde œso- phagienne, petite fille réta- blie au bout de 18 jours.	
25	F.	48° Snyder U. York m. gr. 1897	ratelier	Dysphagie vomissem.	5 pouces 1/2 des incisives	Suture de l'œs. soie		Nourri par le R.	
13 mois		49° Løge et Montouffet St-Petersbourg méd. Work 1896	bouton	Vomissem.	12 cent. des arcades	Pas de suture. Plaie tampon- née à la gaze.	G.	On change le pansement tou- tes les 24 heures, la fistule fermée le 6 ^e jour. 16 ^e jour, malade guéri.	
29	M.	50° Hermann de Boutheim Berlin, klin. Woch., 1898	sifflet		4 cent. au-dessus de la poignée du stern.	Œs. sut. catgut.	G.	Alimentation par R., les 2 premiers jours. Les 5 autres sonde œsophagienne, gué- rison un mois après.	

OPÉRATEURS	AGE	SEXE	NATURE du corps étranger	SYMPTOMES	TEMPS ÉCOULÉ entre l'acci- dent et l'opération	LOCALISATION du corps étranger	SUTURE DE LA PLAIE	RÉSULTAT	SUITES OPÉRATOIRES
51° Reboul Société de chir. 1898	3 1/2	M.	pièce de 5 centimes	Aucun symptôme	6 jours.	Au niveau de la 2 ^e vertèbre dorsale	O suture de l'os. Les 2 lèvres de la plaie sont fixées à la peau par 2 sutures en surjet et à la soie.	G.	Sonde œsophagienne fixée à la peau par un crin de flo- rence. Lavement de bouil- lon et de bouillon et de codeine. Mort de broncho- pneumonie.
52° Péan Acad. de méd. 1896	4	F.	pièce de monnaie		10 jours.	A la partie supérieure de l'œsophage	L'œsoph. n'est pas ouvert.	G.	Pas de suite.
53° Lemaistre Limousin méd. 1896	6 mois	M.	broche de 3 cent. de long sur 1 cent. de large		14 jours.	Derrière le cricoïde	L'os, saturé, 2 points de sut. catgut compre- nant toute l'é- paisseur de la paroi.	G.	Incision des tissus externes ou thermo-cautère ; guéri au bout de 13 jours.
54° Segond Société de chir. 25 juill. 1899	54	F.	ratelier	Déglutition difficile asphyxie		Au-dessous de la fourch. sternale	Suture de toute l'étendue de la plaie œsoph.	G.	La malade avale les liquides dès le 1 ^{er} jour sans recourir à la sonde œsophagienne.
55° Manclaire Observ. inédite 1899	42	M.	ratelier	Dysphagie douleur	2 jours.	Au-dessus du cricoïde	Suture séparée de la muqu. et de la mus- culeuse.	M.	Nourri par le R., passage de la sonde œsophagienne pen- dant 4 mois. L'istule qui a duré 6 mois et dure encore.

**Relevé des 18 observations publiées
de 1894 à 1899 (1).**

1^{re} Obs. — *Œsophagotomie pour noyau de fruit introduit dans la partie supérieure de l'œsophage, mort de consommation*, par M. D. Keen, professeur à Philadelphie. (*Therap. gaz. Détroit*, 1898. 3. S. XIV233.)

Ella D..., âgée de treize mois, fut admis à l'Hôpital de Jefferson, le 30 Mars 1897.

Le 27 mars à cinq heures, l'enfant était en train de jouer par terre avec d'autres petites filles, on remarqua qu'elle mâchonnait quelque chose dans sa bouche. Tout à coup elle s'étrangla. La mère s'efforça avec son doigt de lui enlever le corps étranger, mais elle ne fit que toucher le corps et ne put l'extraire. Désespérée elle essaya de le pousser dans l'estomac et donna à l'enfant dans le but de faciliter ses déglutitions des aliments.

L'enfant fut incapable d'avaler des aliments solides, mais il put téter.

Le 29 mars l'enfant était amenée à ma consultation externe.

La mère affirmait que son enfant avait avalé un noyau de fruit. L'examen de la gorge que l'on fit minutieusement dans la service de laryngologie, pas plus que la palpation externe, ne décèla de corps étranger.

(1) C'est-à-dire depuis la statistique de Walcker.

La radiographie fut prise immédiatement par le professeur Coplin et montra que le noyau se trouvait en face des quatrième et cinquième vertèbres cervicales.

On pouvait atteindre le corps étranger avec des pinces, sans toutefois pouvoir l'extraire. En outre il fut impossible de faire passer une bougie derrière lui car le noyau paraissait emplir complètement la cavité œsophagienne. Il était placée à l'extrémité inférieure du pharynx.....

.....L'œsophagotomie est pratiquée.....
.... le noyau est découvert et extrait avec difficulté.

Le 1^{er} avril 1897 à six heures du matin, l'enfant tétait pour la première fois et mangea très bien. Une légère quantité de lait passe par la blessure, le pansement est renouvelé.

Tout allait très bien lorsque le 3 avril elle devint agitée et mourut à trois heures de l'après-midi. La température s'était élevée à 101. 4 E.

2^e Obs. — *Œsophagotomie* par Vladislavleff. *Gazeta Bolkina*, Saint Pétersbourg. 1897, p. 210.)

Le rapporteur, après avoir étudié en détail la littérature de la question, expose l'observation de son cas personnel.

Il s'agit d'un serrurier, âgé de 36 ans, qui, après avoir ingéré avec avidité une cuillerée de macaroni préparée

avec de la viande, éprouva la sensation que quelque chose venait de s'arrêter dans sa gorge et que la déglutition était devenue difficile et douloureuse.

L'auteur introduisit dans l'œsophage l'olive de la sonde Trousseau qui, à la distance de vingt-trois centimètres du rebord des canines supérieures s'est heurtée contre un corps solide, étroitement enclavée dans le conduit œsophagien. Toutes les tentatives faites pour extraire ce corps étranger avec des instruments appropriés ont échoué. Il était donc nécessaire de recourir à la voie sanglante

Après la section de l'œsophage, on extrait de celui-ci un os de mouton ayant une forme triangulaire dont les dimensions étaient de trois centimètres et demie sur trois centimètres, ses bords étaient égaux et lisses. On appliqua sur l'œsophage des sutures à nœuds par le procédé analogue à celui de Lembert, la plaie extérieure est aussi presque entièrement suturée, on laisse libre seulement l'angle inférieur, à travers lequel on passe une mèche de gaze.

Le vingt-troisième jour après l'opération : le malade était guéri complètement.

3^e Obs. — *Œsophagotomie pour l'extraction d'un ratelier implanté dans le tiers supérieur de l'œsophage* par John. Roë, M. D., *J. Am. W. Ass. Chicago, Rochester. 1898, XXX 715.*)

Samedi 28 mars 1896. Comme je rentrai chez moi

après m'être absenté deux jours, je trouvais Elisa Gates, un homme de 66 ans, qui m'attendait impatiemment. Il se plaignait d'éprouver une grande difficulté à avaler et souffrait horriblement dans la région du cou.

Je me fis raconter son histoire par le médecin : Le lundi précédent, après son diner, le ratelier de sa mâchoire supérieure glissa dans la gorge et dans l'œsophage.

Il étrangla et toussa plusieurs fois. Il dit à ses amis qui l'entouraient qu'il avait avalé son ratelier et appela leur attention sur une grosseur qui se trouvait sur le côté du cou. Son médecin fut appelé mais celui-ci ne trouva en fait de grosseur que la pomme d'Adam, comme d'autre part il absorbait facilement les liquides et qu'il ne se plaignait pas de la gorge, mais seulement de l'abdomen le médecin conclut que le ratelier était passé dans l'estomac.

Rien ne changea dans son état jusqu'à la nuit du lendemain, mardi, c'est alors qu'il commença à cracher d'une façon continue.

Le vendredi, la douleur dans la gorge persistant, le médecin fut appelé à nouveau et après un nouvel examen conclut que le pièce dentaire devait s'être logé dans l'œsophage près de l'estomac.

Il m'adressa le malade. Celui-ci vint à la Clinique mais apprenant que je ne devais revenir que le jour suivant il revint chez lui et attendit mon arrivée.

En introduisant dans sa gorge une sonde, je trouvai obstruée toute la partie supérieure de l'œsophage, au-dessus du cartilage cricoïde. C'était évidemment le ratelier.

Je pus le saisir avec une paire de pince, mais il était si solidement fixé que si j'avais employé la force nécessaire pour l'extraire, j'aurais certainement blessé la muqueuse œsophagienne.

Je me servis encore d'un crochet mais j'échouais également. L'œsophagotomie s'imposait.

Je l'envoyai à l'Hôpital et le soir l'opération fut pratiquée en présence des D^{rs} Mulligan. W. B. Honard et les internes de l'Hôpital.

L'incision fut faite sur le côté gauche. Pour faciliter l'incision de l'œsophage, on fit pénétrer par la bouche une sonde à l'aide de laquelle on souleva les parois œsophagiennes au-dessus de l'atelier.

L'incision fut faite suffisamment longue pour permettre d'extraire le plus rapidement possible la pièce que l'on retira avec les doigts.

Comme l'œsophage avait été un peu ulcéré à l'endroit où le ratelier avait été encastré, on ne sutura pas la plaie.

L'œsophage et la plaie furent lavés et pansés avec la gaze iodoformée. A ce moment on vit qu'il existait une escharre considérable de la paroi interne de l'œsophage sur le côté opposé à l'incision.

On irrigua avec une solution antiseptique que l'on fit passer par la bouche.

Pansement à la gaze iodoformée et au pyrosome, 4 jours après, très bon résultat. Aucune régurgitation de liquide par la plaie.

Le jeudi matin, frisson, élévation de température, puis une congestion pulmonaire se déclare et le malade meurt.

Autopsie : escharre considérable à l'endroit où le ratelier était enclavé. Aucune perforation de la paroi.

Les deux poumons sont congestionnés, le ratelier datait de 45 ans : les quatre incisives manquaient et il n'avait jamais été réparé.

Observation intéressante à cause de l'âge du malade.

4^e Obs. — *Œsophagotomie pour l'extraction d'un dentier. Apparition d'emphysème cellulaire dans la région du cou*, par G. H. Makins, 8 octobre 1897. (*Tr. Clin. Soc. Lond.* 1897-8. xxxi, 11-14.

A. B..., âgé de 48 ans fut admis à l'Hôpital de Saint-Thomas le 11 avril 1897, disant qu'il croyait avoir avalé son ratelier, car il ne pouvait s'expliquer autrement sa disparition. Il se plaignait d'une douleur très vive au cou, du côté gauche du cartilage cri-

coïde, il éprouvait en outre une grande difficulté à déglutir les liquides et avait une certaine gêne pour respirer.

Le malade raconta que le 8 avril au soir, il absorba une grande quantité d'alcool et qu'il alla se coucher en état d'ébriété.

Pendant la nuit, il eut à plusieurs reprises des nausées et lorsqu'il se leva le matin il lui manquait son ratelier.

Il le chercha, mais en vain, dans le vase au milieu des matières vomies. On envoya chercher son médecin qui passa une pince œsophagienne sans aucune difficulté et ne rencontra aucun corps étranger.

Le patient lui-même la supporta sans trop souffrir.

Il n'y eut aucune hémorrhagie. Après le passage de la pince, il put sans trop de difficulté avaler des liquides, mais pas d'aliments solides. On lui recommanda alors d'entrer dans un hôpital, ce qu'il fit immédiatement.

Le fait du passage de la pince dans l'œsophage ne concordait pas du tout avec la présence du ratelier dans ce même conduit. Il était fort possible que la pièce dentaire ait été rejetée avec les matières vomies que le patient avait semées un peu partout et qu'il n'avait pas examinées. Il affirmait néanmoins souffrir dans la région du cartilage cricoïde, et il n'y avait pas de doute à avoir sur son incapacité d'avaler les aliments solides.

Notre malade fut dirigé sur le service des Rayons X et le docteur Blaker nous rapporta ce qui suit : En regardant le cou de côté, on découvre le corps étranger entre les cartilages cricoïdes et thyroïde juste en avant de la colonne vertébrale. En regardant par devant le cou, le corps étranger est vu d'une façon un peu flou, mais si on l'examine par derrière un objet semi-circulaire apparaît d'une manière très nette, mesurant environ deux pouces de long du sommet à la base, sa convexité étant dirigée à gauche.

Nous fûmes ainsi bien renseignés, non seulement sur la présence du corps mais aussi sur les dimensions et sur sa position.

Le jour suivant le malade fut chloroformisé et une tentative fut renouvelée pour enlever le ratelier avec une pince ; elle ne réussit pas, et on ne la prolongea pas de peur de causer des dégâts. Une incision fut pratiquée à partir du cartilage thyroïde, le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Le ventre antérieur de l'omo-hyoïdien fut ligaturé et divisé, puis l'oesophage fut mis à nu en déplaçant la gaine carotidienne. La palpation révéla la présence du dentier à l'angle inférieur de l'incision, on dut élargir cette incision un peu plus vers le bas à l'aide d'un bistouri boutonné. Il y eut alors un sifflement suivi d'une aspiration assez forte, puis à l'expiration on vit l'air distendre l'enveloppe carotidienne, partout où celle-ci avait été mise à nue.

Je craignis que la plèvre ne fut ouverte, et plaçai un morceau de gaze à l'angle inférieur de la plaie.

Comme aucune ouverture n'apparaissait, l'œsophage fut ouvert.

Par cette incision, l'air entra et sortait en suivant le rythme de la respiration presque aussi librement que si l'on eut fait une ouverture à la trachée.

La trachée était en effet ouverte et l'air pénétrait à l'inspiration et ressortait à l'expiration. Le ratelier était si solidement implanté dans la paroi œsophagienne que je me suis félicité de n'avoir pas exercé de traction sur lui avec la pince. Il fut rapidement retiré et la plaie fut suturée.

Le malade commença à respirer moins bruyamment et lorsque la gaze fut enlevée, bien qu'il y eut encore tendance à l'inspiration de l'air, l'emphysème cessa brusquement de s'accroître.

La plaie externe fut lavée et suturée, mais je ne pensais pas qu'il fut prudent de la fermer sans drain puisque des mucosités et probablement du suc gastrique l'avaient humectée.

Un tube d'un demi-pouce de long y fut introduit.

La guérison fut quelque peu retardée par la suppuration locale de la blessure.

La suture de l'œsophage ne résista pas, bien que le malade fut entièrement nourri par le rectum pendant les trois premiers jours.

Troisième jour. — Soupe au lait, quelques gouttes

passant par la blessure, mais comme le drain avait été laissé, ce suintement ne dura pas longtemps, il en résulta un peu d'infiltration dans le tissu cellulaire.

Au neuvième jour, le drain est remplacé par de la gaze.

Pendant quelques jours, la plaie ne se cicatrise pas et à quelque vague ressemblance avec les plaies consécutives à l'opération de la gastrotomie ou à celles d'où s'échappe la sécrétion pancréatique. Pour expliquer cet état de choses, on doit tenir compte de l'état dans lequel se trouvait l'œsophage pendant l'opération et l'on doit admettre que le suc gastrique en plus ou moins grande quantité gagnait la blessure externe par attraction capillaire au moment où l'air sortait pendant l'expiration.

Le vingtième jour, on permit au malade de prendre des aliments solides.

5^e et 6^e Obs. — *Deux cas d'œsophagotomie*,
par Powers, *Boston Medical*, 1897.

Premier cas. — Le 16 mars 1897, M. F..., 55 ans, avale un morceau de mouton qui lui reste dans l'œsophage, il conserve néanmoins ses deux rateliers. Une sonde introduite s'arrête à 7 pouces et demi des arcades dentaires et semble toucher un corps solide.

Œsophagotomie à l'hôpital Saint-Luc, le 20 mars 1897.

On trouve un os de bœuf placé en travers de l'œsophage.

A l'endroit où l'on fait l'incision, vaste ulcération, œsophage suturé au catgut. Un peu de suppuration dans le pansement.

Au bout du quatrième jour, les aliments sont administrés au moyen de la sonde stomacale, suture enlevée le septième jour.

Le dixième jour, le lait passe par la plaie.

Au vingtième jour, tout est fermé, aucune difficulté pour déglutir.

Deuxième cas. — William S..., 2 ans et demi, jouait avec un petit chemin de fer, le 24 mars 1897, tout à coup il se mit à crier et courut vers sa mère en montrant sa gorge, celle-ci y plongea son doigt, n'y trouva rien, mais elle s'aperçut qu'il manquait une roue du petit chemin de fer.

Le 9 avril, c'est-à-dire seize jours après l'accident on l'ameña à Denver.

L'examen aux rayons X fut faite à Denver avec l'assistance de M. Lecourbe, expert électricien. L'examen fluoroscopique montre la roue juste au-dessus de la tête du sternum.

Les jantes et les rayons se distinguent très nettement. Après avoir chloroformisé l'enfant : on lui prend sa radiographie, couché sur le ventre ; le résultat de cette radiographie bien qu'imparfaite fut affirmatif.

On essaya d'extraire la roue par la bouche, mais on n'y réussit pas. Œsophagotomie, le corps thyroïde et le reste du thymus qui est assez abondant couvre la trachée et masque la blessure. L'œsophage est incisé au-dessus du sternum, le corps étranger est introuvable, l'incision est alors élargie et la roue apparaît à l'angle supérieur de la plaie.

Pendant l'opération, vomissements : deux plans de suture avec de la soie noire. Premier pansement, fin du troisième jour : plaie guérie le 10 juin, pas de suppuration.

Il y a un an aujourd'hui que l'opération a été faite, l'enfant ne souffre pas dans la déglutition.

7^e Obs. — Observation lue par le docteur Ch. Monod, sur une communication de M. le docteur Monnier. (Académie de Médecine, 1898) (Résumé).

Jules G..., de Vanves, petit garçon de cinq ans, avale en juin 1896, une pièce de monnaie autrichienne en billon, de la dimension d'une de nos pièces d'un sou. Accès de suffocation : on essaie de le faire vomir, pendant douze jours, dyspnée intense, on tente le cathétérisme de l'œsophage, on ne sent rien.

L'enfant est enfin dirigé vers le service du docteur Monnier, le 29 juin 1897, un an après le début des accidents.

Radiographie par l'abbé Courtois, professeur de physique à l'école Saint-François Xavier de Vanves. La pièce de monnaie est située entre la deuxième et troisième dorsale, c'est-à-dire au niveau du rétrécissement anatomique de l'œsophage.

L'opération est décidée, mais auparavant, pendant dix jours consécutifs, on apprend à l'enfant à tolérer la sonde œsophagienne en la lui passant quatre fois par jour.

Le 9 juillet, l'œsophagotomie est pratiquée avec l'aide du docteur Le Bec. Pour différencier l'œsophage de la trachée, on introduit une sonde œsophagienne dans le conduit œsophagien, la pièce est enchatonnée dans la paroi antérieure. A cause de la position de la pièce, on a dû disséquer très bas jusqu'en arrière de la clavicule : à chaque inspiration, il se faisait une profonde dépression médiastinique avec un léger bruit d'aspiration comme si le cul-de-sac pleural avait été ouvert.

Suture en surget au catgut. L'obturation est parfaite, car il ne sort aucune goutte de liquide dans les efforts de vomissements, gros drain vertical, sonde à demeure.

10 juillet. — Enfant va bien, absorbe 125 grammes de lait stérilisé, l'enfant arrache la sonde.

11 juillet. — La sonde est encore enlevée, le pansement est couvert d'un liquide puriforme, d'aspect lai-

teux, peu abondant. Température rectale, matin 38°, soir 39°8 avec facies vultueux.

12 juillet. — Le microscope décèle dans le pansement des globules de pus, des microbes, mais pas de lait, quelques râles trachéaux.

13. — Nuit agitée, râles trachéaux et respiration bruyante comme celle d'une trachéotomie. Température, 39°2, soir 38°2. Potion de Todd, révulsion sur le côté.

14. — Ablation de la sonde, cette fois, crachats et lait sortent par la plaie. Température 37°, soir 38°2.

15. — Le lait passe moins par la plaie. Disparition de la fièvre. Ablation du drain.

19. — Ablation des points de suture, réunion parfaite excepté à l'orifice du drain.

23 juillet. — Il ne passe plus rien par la plaie qui est réduite d'ailleurs.

27 juillet. — L'enfant quittait l'hôpital.

Son état actuel est très satisfaisant.

Depuis lors, la plaie s'est entièrement cicatrisée et la guérison est absolument complète.

8°, 9° et 10° Obs. — *Trois cas d'œsophagotomie pour corps étrangers*, par W.-T. Thomas. *Brit. M. J. London*. 1898.

Premier cas. — Le 2 janvier 1897, à deux heures de l'après-midi, C..., avale un ratelier à deux dents. Il

ressentit immédiatement une forte douleur. Une tentative fut faite pour l'extraire mais ce fut en vain. On le chloroformisa, plusieurs médecins tentèrent de nouveau l'extraction mais sans plus de succès.

Le lendemain matin je vis le malade, le dentier était placé à 9 pouces $1/2$ des gencives et paraissait solidement implanté dans l'œsophage. Le malade était très oppressé, avait le pouls rapide et se plaignait d'une constriction pénible à la gorge.

L'œsophagotomie fut faite d'après les règles classiques et l'on s'aperçut que les crochets du ratelier avaient traversé de part en part la paroi œsophagienne.

On ouvrit l'œsophage et le ratelier fut enlevé.

La muqueuse fut suturée par un surjet et la musculuse par un fil de soie continu de Lambert, et l'on plaça un drain de verre. On fit donc un pansement au cyanide ?

Le soir, bien que la température fut normale, le malade souffrait, des troubles respiratoires sérieux se déclarèrent, le pouls devint faible et rapide et bien que tous les soins lui furent donnés, il mourut le lendemain

Le ratelier mesurait 1 pouce $7/8$ de long sur 1 de large, un de ses bords était cassé et un de ses crochets était recourbé, les dents étaient faites en vulcanite.

Deuxième cas. — J. T..., âgé de 28 ans, est envoyé parle D^r Knowles, de Sainte-Hélène. Le 7 janvier 1898, cet homme s'endormit sur une chaise, la tête renversée. Une demi-heure après, il se réveille en sentant une forte douleur à la gorge et s'aperçut qu'il n'avait plus son ratelier qui portait quatre dents.

Il boit de l'eau salée, vomit, mais le ratelier n'est pas expulsé.

Le D^r Knowles cherche le corps étranger et trouve celui-ci fixé solidement dans l'œsophage. Il l'expédia immédiatement à l'hôpital. Là on lui passa une sonde œsophagienne en métal qui s'arrêta à 8 pouces $1/2$ des gencives. L'œsophagotomie est pratiquée et le ratelier enlevé. La plaie fut drainée avec un tube de caoutchouc que l'on enleva le quatrième jour, on mit à la place une petite mèche de gaze de cyanide, celle-ci fut retirée le huitième jour et le quatorzième jour, le malade fut renvoyé guéri. Dès le premier jour on lui avait permis d'avaler des liquides.

La température ne s'était jamais élevée au dessus de 100°.

Le dentier vulcanisé mesure 1 pouce $1/4$ dans sa longueur et sa largeur. Il portait quatre dents : L'un des côtés était cassé et un des crochets en métal complètement recroquevillé.

Troisième cas. — C. W..., âgé de 28 ans, avala un ratelier en métal le 14 avril 1898. Le D^r Edwards,

de Viduess, trouvant le dentier solidement implanté dans l'œsophage, dirigea le patient sur l'hôpital. Le malade déglutissait avec peine et souffrait horriblement.

Le ratelier était placé à une distance de 11 pouces des gencives, avec la pince œsophagienne on pouvait le saisir, mais on ne put pas le retirer.

Anesthésie et opération. La pièce dentaire est enlevée avec beaucoup de difficultés vraisemblablement dues à la profondeur à laquelle elle se trouvait derrière la poignée du sternum. La suture de l'œsophage présenta des difficultés. Le pansement fut fait comme dans les cas précédents.

A cause de la grande profondeur de la plaie et de la dilacération de la muqueuse qui avait été déterminée par les bords pointus, irréguliers et carrés de la monture du dentier on jugea utile de passer un tube œsophagien et de le laisser quelque temps à demeure.

Il fut enlevé au bout du troisième jour. La diète liquide fut prescrite et des lotions d'acide borique faites après chaque repas. Le drainage fut enlevé le quatrième jour et le malade renvoyé le vingt-troisième. Le dentier en métal était très irrégulier, cassé, sans crochets, mesurait 1 pouce $1/4$ sur 1 et ne portait qu'une dent.

11^e Obs. — *Observation de Snyder.*

Le 15 avril, Stella B..., jeune femme de 22 ans, avale son ratelier.

16 avril. — Vue pour la première fois, la palpation ne donne rien.

Température 95° F. On veut examiner sa gorge, mais le seul fait d'abaisser la langue provoque des vomissements et l'empêche de respirer.

La Radiographie restesans succès.

17 avril. — Température 100°, 2 F.

Pour la calmer on lui donne quatre-vingt-dix grains de bromure de potassium en trois doses. Insensibilisation du pharynx avec une solution à 4 0/0 de cocaïne sans aucun résultat.

Une sonde flexible introduite s'arrêta à 5 pouces 1/2 des gencives et rendit un son métallique qui fut entendu par les personnes présentes.

A 2 heures : Œsophagotomie. Le ratelier n'occupait pas tout le calibre de l'œsophage. Il est dégagé de la muqueuse et est enlevé. Des mucosités et des bulles d'air passent par la plaie. Celle-ci est fermée par deux plans de sutures à la soie et enveloppée de gaz stérilisé. Aucune hémorrhagie.

A 7 heures : 20 inspirations à la minute. Pouls 86.

Température 101, 2 F.

On donne au malade une solution d'acide borique pour se rincer la bouche.

Il est nourri par le rectum.

18 avril. — Les sutures sont enlevées parce qu'elles empêchent le drainage.

19 avril. — La malade se plaignant de la faim, on continue à la nourrir par le rectum.

20. — La malade est calme et l'écoulement par la plaie diminue.

21. — L'écoulement s'arrête, la plaie se ferme et se met à bourgeonner, la malade commence à prendre du pain et quelques pommes de terre. Le dentier mesurait 1 pouce $1/2$ de longueur sur 1 pouce $1/4$ de large.

12^e Obs. — *Cas rare d'œsophagotomie pour l'extraction d'un corps étranger*, par le Dr Gorski, médecin en chef de l'Hôpital d'Odessa. — (*Deut. med. Woch-Leipz. M. Berlin, 1898*).

Le 18 octobre 1897 entrant à la clinique chirurgicale de l'Hôpital d'Odessa, une petite fille de six ans, qui paraissait présenter de la raideur et de l'enflure du cou, visible principalement à gauche. L'étude des antécédents nous fit découvrir que la petite fille en s'amusant la semaine précédente avec son frère avait avalé un hameçon ; cet hameçon était suspendu à

une corde. Le frère, un petit bonhomme de huit ans. qui jouait le rôle de pêcheur, tira la ligne et enfonça l'hameçon avalé dans l'œsophage.

Comme cela se passait dans un village éloigné de de 170 kilomètres d'Odessa, il s'écoula une semaine avant qu'on ne conduisit la jeune fille à la ville. Pendant ce temps, la pauvre enfant souffrit cruellement de la faim, car les trois premiers jours elle ne put avaler que très peu de liquide et les quatre autres jours elle n'en put avaler pas même une seule goutte.

État présent : petite fille bien constituée, mais très amaigrie. Toute la moitié gauche du cou est oedématisée ; la tuméfaction empiète un peu sur le côté gauche ; la peau qui recouvre l'enflure est légèrement rouge ; pas de fluctuation ; la palpation est douloureuse. La voix est enrouée, la respiration est rude comme dans la sténose du larynx. De la bouche sortent deux morceaux de ficelle.

La malade est très surexcitée, elle ne se prête à aucun examen,

Chloroformisation. J'essaye alors d'explorer le pharynx avec mon doigt mais je n'atteignis pas l'hameçon, à ce moment, l'enfant suffoca et je pratiquais la tachéotomie, et aussitôt après l'œsophagotomie externe gauche.

L'incision fut pratiquée le long du bord antérieur

du stémo-cléido-mastoïdien, puis je pénétrai dans le fond de la plaie avec le manche de mon bistouri.

Par le tâtonnement des doigts j'arrivai jusqu'à l'œsophage.

L'œdème était tellement considérable qu'il était impossible de s'orienter. J'avancai néanmoins en prenant mille précautions et je heurtai au-dessous du bord inférieur du cartilage thyroïde, la pointe aiguë de l'hameçon qui avait transpercé la paroi œsophagienne ressortait du côté des grands vaisseaux du cou.

Après avoir saisi l'hameçon avec une pince à disséquer, je coupai la pointe avec les tenailles de Liston, et comme je pensais qu'il s'agissait d'un hameçon ordinaire, je m'efforçai de le retirer de l'œsophage. Mes efforts furent vains, l'hameçon ne bougeait pas. J'examinai à nouveau le champ opératoire et je me rendis compte que j'avais affaire à un double crochet dont la forme rappelle les petits hameçons dont on se sert sur les bords de la mer Noire pour pêcher *les Kambola*. J'agrandis alors l'incision, coupai la corde et le fis sortir par la bouche tandis que je retirai l'hameçon par la plaie œsophagienne. Comme la plaie était probablement infectée par la pointe en fer, qui avait perforé la paroi, je ne fis pas de suture et temporisai la plaie.

Les suites opératoires furent aussi satisfaisantes que possible. La température s'éleva le jour de l'opération jusqu'à 38° 5, tomba le troisième jour à 37° 4,

et se maintint normale jusqu'à la fin du séjour de la malade à l'Hôpital.

La petite fille fut alimentée trois fois par jour au moyen d'une sonde œsophagienne avec du lait et du bouillon et supporta le traitement sans répugnance.

Le sixième jour, la canule de trachéotomie fut retirée. Le neuvième jour il ne restait plus qu'une petite fistule de laquelle s'échappait un peu de salive.

Le dix-huitième jour l'opérée quitta l'Hôpital.

13^e Obs. — *Observation par Von Brackel, (Saint-Pétersbourg, Med. Woch, 1896.)*

C. N..., enfant de 13 mois, avala, il y a huit jours, un bouton de paletot. Sa mère et une de ses amies s'en aperçurent. Cette amie conseilla de consulter un médecin, la mère voulut auparavant essayer de pousser le corps dans l'estomac au moyen d'une sonde. La sonde pénétra en effet brusquement dans l'estomac. Après cette tentative le médecin arriva et déclara que le bouton était dans l'estomac, qu'il s'en irait par les voies naturelles ; que si au contraire, le corps étranger n'était pas descendu, l'enfant devait nécessairement mourir.

Les jours suivant, l'enfant souffrit terriblement

pendant la déglutition, il ne put rien prendre et ne vomit pas.

Etat de l'enfant sept jours après l'accident. Respiration 40 par minute, légère cyanose, pouls de 130 à 140, température, 98,9.

L'enfant avale le lait avec avidité, mais il le rejette immédiatement par le nez et la bouche. Sur le cou aucune tuméfaction n'indique la présence du corps étranger. La luette, l'épiglotte, la muqueuse pharyngienne sont tuméfiées.

La sonde se heurte à un obstacle à 12 centimètres des gencives et en la retirant on perçoit un ressaut.

Poumons normaux, légers râles trachéens, la mère refuse de faire opérer son enfant : ce n'est que deux jours après qu'elle donne son consentement.

L'enfant est très pâle et très faible, à chaque suffocation il rejette une écume d'odeur fétide.

Les râles de la trachée sont très perceptibles à l'oreille, le pouls ne bat plus, température rectale 39.6.

A sept heures du soir : Chloroformisation et œsophagotomie.

Incision sur le bord du sterno-mastoïdien à la hauteur du cartilage cricoïde..... Le bouton se trouve à 3 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde..... Il mesure 2 cent. 2 de diamètre et possède à sa partie inférieure un petit anneau d'attache..... Nuit qui suit l'opération : très agitée; nourriture : lait et œuf. Temp. 38,7, pouls 120.

Au bout de 24 heures on change le pansement, plaie sèche et de bonne apparence, le tampon est imbibé de salive et de lait. •

4 Jours après la fièvre tombe, la fistule se ferme le sixième jour, rien ne sort par la plaie; le petit malade est renvoyé chez lui le seizième jour guéri.

14^e Obs.—Observation du D^r Hermann de Benthén.
(*Berlin. Klin. Woch...* 1898.)

Un garçon forgeron âgé de 29 ans, idiot, avala, le 24 novembre 1897, un sifflet en métal. Selon ses dires, il aurait enfoncé le sifflet dans la gorge pour se faire vomir et l'aurait avalé par mégarde. Il est plus vraisemblable qu'il s'agissait d'une tentative de suicide. On m'amena cet homme.

Je l'examinai. Il ne pouvait avaler que quelques gouttes d'eau. Avec la sonde on sentait aisément dans la partie inférieure de l'œsophage un corps étranger. J'essayai de le saisir avec la pince œsophagienne, je n'y réussis pas. Je fis ensuite, mais en vain, des tentatives pour l'enfoncer plus avant.

Le lendemain matin, je renouvelai ces tentatives sans plus de succès. L'œsophagotomie fut alors décidée.

On sectionna la peau sur le côté gauche du cou, depuis la première vertèbre jusqu'au sternum. La

trachée et le corps thyroïde assez volumineux furent réclinés à droite, tandis que les gros vaisseaux et le muscle sterno-mastoïdien furent rejetés à gauche.

On aperçoit l'œsophage. Une pince œsophagienne ayant été introduite par la bouche on sectionne l'œsophage.

En introduisant le doigt dans le canal on sent à 4 centimètres au-dessous du bord supérieur du sternum les deux ouvertures du sifflet qui est situé dans la région antérieure de l'œsophage. Mon doigt me servant de conducteur, je dégageai le corps étranger à l'aide de la tenaille de Korn.

Ce sifflet était long de 6 centimètres et large de 4 et épais de 1 centim. 8. Il était en corne noire.

A sa partie inférieure, se trouvait en avant et en arrière un ornement terminé en pointe et recourbé comme un hameçon.

Après l'extraction l'œsophage fut suturé, la plaie externe ne fut fermée que dans sa partie supérieure et un drain placé dans sa partie inférieure.

Pendant toute l'opération, il n'y eut pas de ligature de vaisseaux à faire.

Pendant les deux premiers jours, le malade ne peut être nourri que par le rectum.

Les cinq autres jours, on l'alimente à l'aide de la sonde œsophagienne après il se nourrit tout seul.

La cicatrisation de l'œsophage ne fut pas complété,

il se produisit quelques suintements purulents par la plaie externe.

Le 26 décembre 1897, le malade fut congédié et rétabli.

A ce moment : la plaie était entièrement fermée, il n'y avait pas de retrécissement cicatriciel.

15^e Obs. — *Observation* (résumée) par le D^r Reboul, membre correspondant de la Société de Chirurgie, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Le mercredi 11 mai 1898, entre à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, un enfant de 3 ans et demi, S... François, qui a avalé une pièce de monnaie de cinq centimes.

Cet enfant élevé au biberon, a été soumis à une alimentation vicieuse et prématurée, enfant type de l'athrepsique.

Vomitifs, purgatifs donnés à l'enfant pour expulser le sou restent sans résultats.

1^o Examen radiographique par M. Garcin ; le sou est situé au niveau du corps de la deuxième vertèbre. 2^o Examen radiographique le lendemain, la pièce de monnaie n'a pas bougé.

Esophagotomie le mercredi 11 mai à neuf heures du matin à l'Hôtel-Dieu.

Incision le long du muscle sterno-mastoidien près de l'angle du maxillaire.

Après avoir recliné l'againe carotidienne et les artères thyroïdienne on coupe l'omo-hyoïdien. L'œsophage apparaît tout à fait à la partie inférieure de la plaie, masqué par le corps thyroïde volumineux.

Ponction au bistouri sur la face postérieure du bord gauche de l'œsophage, cette incision est agrandie au ciseau ; un mucus grisâtre sort par la plaie en introduisant le doigt : on perçoit le sou que l'on enlève.

La muqueuse altérée n'est pas suturée. Une sonde en caoutchouc est introduite par la plaie jusque dans l'estomac.

Les bords de l'incision œsophagienne sont fixés à la peau par deux sutures en surjet à la soie. Pansement ouaté compressif.

Suites opératoires. — Pas de shock, lavement de bouillon. Température 39°9. Nuit agitée.

2^e Jour : matin 40° ; soir 39°8 : lavement de codéine.

4^e Jour : matin 39°1 ; soir 36°9.

3^e Jour : l'enfant tousse, le pansement est enlevé.

Bronchopneumonie et mort.

16^e Obs. — Observation par Bull (*Médical Record* 1897).

Cas heureux d'Œsophagotomie externe pour ratelier qui est resté enclavé pendant 22 mois dans l'œsophage.

Cl..., fille célibataire, 40 ans écossaise, constate

après un léger évanouissement que le ratelier supérieur avait disparu. Ceci se passait en novembre 1894. Le ratelier était en platine et mesurait un pouce un quart de long sur trois quarts de large, était irrégulier et garni de deux crochets en fer pour l'attacher aux dents saines.

Elle éprouva d'abord une douleur insignifiante, mais le lendemain la déglutition était devenue impossible.

Le Docteur Backer de Newport lui passa une sonde qui s'arrête à une distance de six pouces des gencives.

Le lendemain les liquides passaient.

Au bout de cinq à six semaines, elle put prendre des aliments solides. Aucun trouble dans la santé générale jusqu'en avril 1896 c'est-à-dire dix-huit mois après l'accident.

Dysphagie avec amaigrissement et faiblesse de la voix. En 4 mois, son poids diminue de plusieurs livres.

Au milieu de juillet, je vis la malade. Poids 80. T. 98° 5 F.

Rien à la palpation. Aucune sonde ne peut passer. Aucun examen laryngoscopique n'a été fait.

Oesophagotomie en juillet 1896, 22 mois après l'accident, avec le Dr Backer. Le corps n'est pas perceptible à la palpation. Le ratelier s'était enfoncé dans la paroi postérieure et s'était enkysté en quelque sorte dans une espèce de poche de façon que pour le retirer on fut obligé d'inciser la muqueuse.

Aucun vomissement. Pansement à la gaze stérilisée. La toux est calmée par de la morphine.

Le 13^e jour la blessure se ferme et commence à bourgeonner.

Jusqu'à ce moment, aucun écoulement dans la plaie la blessure était complètement fermée car aucun liquide ne passait.

A la septième semaine, la blessure était complètement fermée et le malade partait au bout de la semaine.

La voix reste faible, à l'examen laryngoscopique, la corde vocale gauche ne remue pas.

La longueur de temps entre l'accident et l'opération (22 mois) donne à cette observation un intérêt particulier.

17^e Observation, par le D^r Segond.

(Voir dans le tableau des Œsophagotomies, n^o 54.)

18^e Observation, par le D^r Mauclaire

(Voir plus haut, page 22.)

CONCLUSIONS

1° La durée des fistules consécutives à l'œsophagotomie externe est en rapport avec la mode de suture de la plaie œsophagienne.

2° On ne doit pratiquer cette suture que lorsque la muqueuse de l'œsophage est absolument vierge de toute contusion, de toute déchirure sans quoi les fils cèdent, meurtrissent les lèvres de la plaie et facilitant d'autant l'établissement d'une fistule.

3° Si on suture l'œsophage, la sonde œsophagienne ne doit pas être employée pour nourrir le malade à moins que celui-ci soit par trop épuisé par le jeûne.

4° Permettre à l'opéré de se nourrir dès les premiers jours avec du liquide.

5° Les retrécissements cicatriciels consécutifs à l'œsophagotomie existent au point de vue anatomiques, mais ils peuvent être considérés comme quantité négligeable au point de vue fonctionnel.

6° Proscrire toute sonde et tout catheter quel qu'il soit pour diagnostiquer un corps étranger de l'œsophage. Recourir d'emblée aux Rayons X et opérer immédiatement.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TILLAUD.

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- F. TERRIER. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1870.
- DUPLAY. — De l'œsophagotomie externe *Arch. gen. de Med*; 1871, t. I, page 193.
- BARRAL. — Des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage 1885-86. *Thèse*, Paris.
- POULET. — *Traité des corps étrangers en chirurgie*. Paris, 1879.
- JABOULAY. — *Lyon médical*. 1898. L. XXXVII, page 300.
- A. RICHET. — Corps étrangers de l'œsophage. *France médicale*. Paris, 1888, t. I, page 433.
- PERIER. — Œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchettes *Mercredi médical*. Paris, 1890, page 262.
- GROSS. — De l'œsophagotomie externe pour extraction des corps étrangers de l'œsophage. *Semaine médicale*. Paris, 1891, page 45.
- TERRILLON, BERGER, SECOND, JALAGUIER, FELIZET, DELORME. — *Bulletin de la société de chirurgie*, 1893.
- BRIAIS. — Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage. et de l'estomac chez les enfants. *Thèse*, Paris, 1896-97.
- CAHIER. (de Lyon). — *Société de chirurgie*, n° 19, page 315.
- LEMAISTRE. — De l'œsophagotomie externe chez les enfants à la mamelle. *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantile*, 1897. pages 441 et 446.

- REBOUL. — Corps étranger de l'œsophage thnaïque chez un enfant. *Bull. soc. de Chirurgie*, XXIV, page 574.
- PÉAN. — Sur une œsophagotomie externe avec diagnostic radiographique pour l'extraction d'une pièce de monnaie. *Bull. Académie de Méd.*, 8 décembre 1896.
- SAUTIEUX. — *Thèse*, Paris, 1895-96. Traitement des corps étrangers de l'œsophage.
- MAGE. — *Thèse*, Paris, 1895-96.
- SNYDER. — Œsophagotomie pour l'ablation d'un dentier. *New. York. Med. J.* 10 septembre 1897.
- SEGOND. — *Bull. de la société de chirurgie*. 1893, page 794, et 25 juillet 1899.
- BERGER. — *Bull. de la société de Chirurgie*. 1895.
- MAKINS. — Œsophagotomie pour corps étranger compliqué d'emphysème cellulaire. *Brit. Med. J.*, 16 octobre 1897.
- POWERS. — Œsophagotomie externe pour corps étrangers. (*Boston Med. J.*) 7 juillet.
- GANGOLPHE. Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage. *Lyon médical*, 20 janvier 1895.
- FRELICH, CHAVIER. — Œsophagotomie. *Arch. prov. de chir.*, III. 1894, page 25.
- KRÖNLEIN. — Œsophagotomie pratiquée pour la 2^e fois pour un corps étranger chez un même individu (*Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1889).
- FÉDOROFF. — *Gazette hebdomadaire*, 1895.
- GAILLARD. — *Thèse*, Lyon, 1894. Intervention sanglante pour les corps étrangers de la paroi thoracique de l'œsophage.
- MONNIER. — Œsophagotomie externe chez un enfant. *Presse médicale*, 97.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
